

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N^o 73

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LA MALADIE

DES

VOMISSEMENTS HABITUELS

DU NOURRISSON

dans ses rapports avec

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

ÉTUDE STATISTIQUE

PAR

Mlle BERTHE DONZEAU

Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

73

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

85

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LA MALADIE

DES

VOMISSEMENTS HABITUELS

DU NOURRISSON

dans ses rapports avec

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

ÉTUDE STATISTIQUE

PAR

Mlle BERTHE DONZEAU



Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE
LETULLE
PRENANT
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

X.
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMARET

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GRÉGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
REITERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être con-
sidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner au-
cune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

LA DOCTORESSE SUZANNE DONZEAU

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR HENRI LEMAIRE

*Qui a eu la bonté de s'intéresser à ce
travail et de nous aider de ses con-
seils.*

Introduction

Quiconque a fréquenté une consultation de nourrissons ou une crèche, n'a pu manquer d'être frappé du grand nombre d'enfants atteints de vomissements. Parmi ces sujets vomisseurs, les uns ont souffert de fautes hygiéniques, le vomissement est accidentel, et il est aisé de remédier à luer état ; chez d'autres, les troubles morbides sont plus tenaces, et répondent à des syndromes divers.

De toutes ces manifestations pathologiques qu'on rangeait autrefois dans le groupe disparate des dyspepsies ou gastro-entérites des nourrissons, M. Marfan a isolé, sous le nom de maladie des vomissements habituels, une affection qui possède ses caractères cliniques bien particuliers, son évolution et son traitement.

Cette maladie relève sans doute de plusieurs causes, mais M. Marfan a, depuis quelques années, été frappé de la fréquence de la syphilis héréditaire chez ces petits malades. Il nous a paru intéressant de dresser une statistique portant sur des observations détaillées, recueillies dans un temps donné et de rechercher ainsi dans quelle proportion la syphilis est certaine ou probable chez ces sujets ; ce sont les résultats

de ce recensement que nous apportons dans ce modeste travail.

Les éléments de cette enquête ont été réunis en grande partie aux consultations de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris. Que M. le Docteur Weil-Hallé veuille bien accepter nos sincères remerciements pour son bienveillant accueil.

A nos maîtres dans les hôpitaux, M. le Professeur agrégé Desmarest, M. le Professeur agrégé Maucclair, M. le Professeur Bar, M. le Professeur agrégé Lequeux, M. le Docteur Robineau, et tout particulièrement à M. le Professeur agrégé Legry qui a été notre premier maître, et qui nous a donné de nombreuses marques d'intérêt, nous offrons l'expression de notre reconnaissance.

Enfin nous sommes heureuse d'avoir l'occasion de remercier M. le Professeur Marfan — auprès de qui nous avons rempli, pendant quatre années, les fonctions d'externe — de son précieux enseignement et de la bonté qu'il n'a cessé de nous témoigner en maintes circonstances. Nous le prions de recevoir ici l'assurance de notre profonde gratitude et de notre respectueux dévouement.

CHAPITRE I

Description Clinique

Dans la maladie des vomissements habituels, le symptôme fondamental est le vomissement fréquent, pouvant durer avec des périodes d'aggravation ou d'amélioration, de quelques semaines à quelques mois ; en même temps, il existe souvent divers troubles digestifs, inconstants, variables chez un même malade et l'état général subit un fléchissement plus ou moins accentué suivant la forme de la maladie.

Le début des vomissements est en général précoce, dès les premiers jours ou les premières semaines de la vie, avant la fin du troisième mois ; si, par exception, on peut voir la maladie s'installer après cette date, il s'agit de nourrissons débiles ou cachectiques. Les premiers vomissements peuvent se produire à l'occasion d'une faute dans l'allaitement ; par exemple, on donne un biberon de lait de vache à un enfant au sein et digérant bien jusque-là, ou une bouillie de farine trop précocement, les vomissements apparais-

sent et persistent, alors que la cause occasionnelle a été supprimée et le régime parfaitement réglé.

Souvent, au début, les vomissements sont assez espacés, un ou deux par jour, puis ils se répètent, deviennent de plus en plus fréquents, et l'enfant finit par vomir presque à chaque repas. Quand le nourrisson est au sein et a été suralimenté, des régurgitations habituelles précèdent en général l'apparition des vomissements. Ceux-ci se produisent, soit un quart d'heure ou une demi-heure après la tétée, soit plus tardivement, avant le repas suivant. Ils sont parfois précédés de cris, d'agitation du petit malade qui paraît souffrir et se trouve soulagé par l'évacuation de l'estomac. Tantôt, le vomissement est unique, tantôt il se répète à plusieurs reprises entre deux repas, un mouvement brusque peut suffire à le provoquer, les tétées de la nuit sont habituellement mieux gardées que celles de la journée.

Les matières vomies sont constituées par un liquide incolore ou blanchâtre dans lequel se trouvent des caillots de lait de dimensions variables, petits chez l'enfant au sein, plus volumineux si le lait de vache constitue l'aliment prépondérant ou exclusif. Le liquide est composé de sérum de lait, de salive déglutée et de suc gastrique ; il prend parfois, surtout quand la maladie a déjà une certaine durée, un aspect visqueux, filant, dû à la présence de mucus. Le vomissement est plus ou moins abondant ; dans les formes graves, l'enfant peut rejeter, en une ou plusieurs fois, la totalité du liquide ingéré. Quelquefois,

le nourrisson paraît même vomir plus qu'il n'a pris, cette particularité provient, soit de la salive déglutie en excès, soit d'une hypersécrétion de suc gastrique.

Dans certains cas, l'estomac sera plus tolérant pour tel ou tel aliment, un enfant gardera de l'eau ou un lait modifié, alors que tous les autres aliments seront rejetés. Il arrive souvent qu'à chaque changement d'alimentation, se produit une amélioration qui n'est que transitoire et au bout de quelques jours, les vomissements reprennent avec les mêmes caractères.

Dans la forme commune de la maladie des vomissements habituels, forme la plus fréquente et la plus bénigne, il existe des périodes de diarrhée légère pendant lesquelles l'enfant présente chaque jour 4 à 5 selles demi-liquides, grumeleuses ou muco-grumeleuses ; puis les évacuations redeviennent tout à fait normales. Il paraît se produire une sorte de balancement entre les vomissements et la diarrhée, toutes les fois que celle-ci atteint une certaine intensité, les vomissements s'atténuent pour reparaître quand les selles s'espacent et reprennent une consistance normale.

Ces enfants vomisseurs conservent leur appétit, ils se jettent sur le biberon ou le sein et boivent avidement ; certains, après le vomissement, crient jusqu'à ce qu'on leur ait redonné un repas. Ces nourrissons ont l'œil vif, le cri fort, ils sont habituellement nerveux, agités, ils dorment peu et mal, se réveillent au moindre bruit.

Dès que la maladie est constituée, elle entraîne des troubles de la nutrition plus ou moins profonds ; l'accroissement pondéral est retardé, irrégulier, avec des périodes d'arrêt ou de perte. La croissance en taille, reste en général normale.

Nous avons eu en vue dans cette description, la forme commune de la maladie des vomissements habituels, forme que l'on rencontre le plus souvent et qu'il est en général aisé de reconnaître et de traiter ; il nous faut maintenant étudier la seconde forme où se voient les phases spasmodiques qui impriment à la maladie un caractère très particulier.

Chez un enfant qui a jusque-là présenté les symptômes de la forme commune, tout à coup les vomissements deviennent incessants, incoercibles, l'enfant ne garde presque rien ; ces vomissements prennent un caractère explosif, en jet, ils se produisent assez tôt après le repas.

Quelquefois, si cette phase spasmodique se prolonge ou se répète, les vomissements s'espacent, ne surviennent plus à toutes les tétées, mais ils sont très abondants, constitués par du lait caillé qui représente plus d'un repas ; ces caractères particuliers sont en rapport avec une dilatation d'estomac plus ou moins prononcée et avec la stase gastrique qui en résulte.

En même temps, apparaît une constipation plus ou moins marquée, dans certains cas, opiniâtre. L'enfant qui avait des selles normales ou légèrement diarrhéiques, n'en a plus que tous les deux ou trois

jours, les évacuations spontanées peuvent même faire tout à fait défaut ; les selles provoquées par un lavement ou un suppositoire sont peu abondantes, tantôt dures et ovillées, tantôt elles revêtent un aspect méconial, elles sont alors vert foncé, poisseuses, sans grumeaux de lait.

L'abdomen est plat, déprimé, sauf dans la région épigastrique ; la paroi est tendue, rigide et rend la palpation très difficile. Il n'existe pas de mouvements péristaltiques visibles.

Pendant ces périodes de la maladie, l'excitabilité nerveuse et l'agitation que nous avons déjà signalées, s'exaspèrent et sont portées au plus haut degré.

L'hypertonie normale du nourrisson est très exagérée, les membres deviennent raides, difficiles à étendre et à fléchir, les muscles du tronc et de la nuque peuvent participer à cet état spasmodique très spécial.

Ces phases spasmodiques ont une durée variable, en général au bout de deux à trois semaines, les vomissements s'espacent, sont moins abondants, la constipation disparaît et le poids qui a subi un fléchissement plus ou moins marqué suivant la gravité, tend d'abord à rester stationnaire, puis l'accroissement reprend. Cette phase spasmodique peut se répéter à plusieurs reprises au cours de la maladie dont elle constitue parfois la manifestation initiale.

La maladie des vomissements habituels est une affection essentiellement chronique, sa durée est au moins de quelques semaines, en général, de plu-

sieurs mois. Quand il s'agit d'une forme d'intensité moyenne où les phases spasmodiques font défaut ou sont rares et assez courtes, la croissance n'est pas retardée gravement ; vers cinq ou six mois, les symptômes s'atténuent et à partir de ce moment, les enfants se développent rapidement. Dans les formes sévères où les phases spasmodiques se répètent, sont prolongées, la guérison est plus tardive et souvent ne survient qu'à la fin de la première année ; l'état général est atteint beaucoup plus profondément.

Le pronostic est en général favorable quand les enfants sont au sein, mais si les petits malades sont soumis à l'allaitement artificiel, la dénutrition est chez eux beaucoup plus rapide, et pour peu que les phases spasmodiques se multiplient, ils tombent promptement dans l'hypothrepsie et l'athrepsie.

CHAPITRE II

Diagnostic différentiel

En présence d'un enfant qui vomit, il faut d'abord s'informer du début des vomissements ; si leur apparition est récente, ils peuvent être accidentels et avoir pour cause une indigestion, l'invasion d'une maladie aiguë, fébrile, une affection cérébrale ou méningée, etc. Mais le petit malade depuis des semaines ou des mois, souvent depuis les premiers jours de la vie, rejette presque après chaque repas, tout ou partie des aliments ingérés, il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'un vomissement, que le liquide rejeté vient de l'estomac et éliminer ainsi la régurgitation œsophagienne. Il faut également songer au mérycisme ou rumination. Nous donnerons donc les principaux symptômes de ces deux affections, puis nous exposerons en détail le diagnostic entre la maladie des vomissements habituels et la sténose hypertrophique du pylore.

Dans la régurgitation œsophagienne, qu'elle soit

due à un spasme du cardia ou à une malformation de l'extrémité inférieure de l'œsophage, le vomissement a des caractères spéciaux, il est très précoce, il se produit souvent au cours même du repas, quand l'enfant a pris 30 ou 40 gr. de lait, celui-ci est toujours liquide, non coagulé. L'abdomen est plat, plutôt rétracté, même dans la région épigastrique. L'exploration par une sonde et l'examen radioscopique permettent d'assurer le diagnostic et de situer l'obstacle. Au cours d'une phase spasmodique de la maladie des vomissements habituels, le cardia peut être atteint comme les autres parties du tube digestif et se trouver en état de spasme transitoire, nous avons eu l'occasion de le constater au début d'un examen radioscopique (obs. IV).

On peut observer le mérycisme chez les nourrissons. Un certain temps après le repas, du liquide remonte dans la bouche et, de nouveau, est avalé, mais il arrive qu'une partie seulement est déglutie, l'autre étant rejetée à l'extérieur. Ce phénomène peut se reproduire à plusieurs reprises après chaque tétée, et seule une portion des aliments est absorbée ; il en peut résulter une certaine dénutrition. Cette affection apparaît, en général, chez des filles et après trois mois. A l'examen radioscopique, ces sujets présentent un élargissement marqué du cardia. On a proposé de considérer le mérycisme comme une forme particulière de la maladie des vomissements habituels, mais la date d'apparition du mérycisme et son évolution ne semblent pas permettre cette con-

ception. En effet, les vomissements habituels débuent presque toujours avant 3 mois, tandis que la rumination n'apparaît, en général, qu'après cette date ; d'autre part, le mérycisme persiste souvent jusqu'à l'âge adulte, alors que la maladie des vomissements habituels guérit à la fin de la première année ou par exception au cours de la seconde année.

Il est très important, capital, et dans certains cas très difficile, de savoir si un nourrisson, âgé de quinze jours, un mois, six semaines, qui présente des vomissements répétés, a une sténose hypertrophique du pylore ou est atteint de maladie des vomissements habituels sans lésions anatomiques du pylore, et il importe de poser le diagnostic aussi rapidement que possible, afin que le chirurgien puisse intervenir dans de bonnes conditions.

Si l'enfant vomit sans cesse depuis les premiers jours de la vie, s'il existe de la constipation accompagnée d'oligurie, des mouvements péristaltiques visibles et une tumeur pylorique perceptible, le diagnostic, dans ces conditions, n'offre pas de difficultés, mais ce tableau clinique caractéristique de la sténose hypertrophique, est inconstant, et toujours tardif ; quand il est constitué, le nourrisson est déjà très amaigri, très affaibli et ne pourra que difficilement supporter une opération.

L'époque où les vomissements ont apparu ne peut servir à poser le diagnostic, car d'une part, dans la sténose du pylore, les vomissements ne se produi-

sent, parfois, qu'au bout de plusieurs semaines, et, d'autre part, le début de la maladie des vomissements habituels peut être très précoce.

Dans certains cas, les caractères des selles peuvent fournir d'utiles indications ; si la phase spasmodique avec constipation apparaît après une période de diarrhée, ce fait sera en faveur de la maladie des vomissements habituels, mais elle peut en être la première manifestation, et on a signalé de la diarrhée dans des cas de sténose pylorique confirmée par l'opération. On ne peut donc avoir que des présomptions sans aucune certitude.

La plus grande fréquence, reconnue par tous les auteurs, de la sténose hypertrophique du pylore chez les garçons, permet d'attacher une certaine importance au sexe du nourrisson vomisseur.

Par l'emploi de poudres colorées, inertes et insolubles (charbon, carmin) on peut étudier la durée de la traversée digestive ; dans la maladie des vomissements habituels, celle-ci est en général normale, parfois accélérée ; dans certains cas de dilatation avec stase, elle peut être prolongée. Grâce à cette épreuve qui n'a d'ailleurs pas une valeur absolue, on s'assure de la perméabilité, au moins relative, du pylore.

Les renseignements les plus utiles sont fournis par la radioscopie, l'évolution de la maladie et les résultats que donne un traitement médical bien conduit.

Quand, aussitôt après l'ingestion d'un lait opaque, on place un nourrisson atteint de la maladie des vomissements habituels devant un écran radioscopique,

on peut voir des images, très différentes, qui peuvent d'ailleurs se succéder chez un même sujet. Le plus souvent, le pylore est perméable, l'évacuation commence et se poursuit normalement ; si l'enfant vomit pendant l'examen, on voit l'estomac se contracter en masse et une partie des aliments passe par le cardia et est rejetée à l'extérieur, une autre partie franchit le pylore et se trouve projetée dans le duodénum, le même phénomène peut se répéter jusqu'à la vacuité complète de l'organe.

Dans d'autres cas, le pylore, au début de l'examen, est fermé, puis il s'ouvre au bout de quelques minutes, et l'évacuation commence et se poursuit sans anomalie, enfin il arrive quelquefois que cette occlusion du pylore et ce blocage de l'estomac persistent pendant une, deux ou trois heures, puis tout à coup, le spasme disparaît, le pylore s'ouvre et l'estomac se vide rapidement et complètement. Ainsi le spasme pylorique est toujours transitoire, inconstant, variable chez un même sujet, et quand le premier bol alimentaire a franchi le pylore, les autres se succèdent régulièrement.

En général, la forme de l'estomac est normale ; dans quelques cas, on constate un abaissement de la grande courbure, traduisant une dilatation gastrique plus ou moins marquée en rapport avec des phases spasmodiques longues et répétées, ou bien, au contraire, surtout au début de ces phases spasmodiques, l'estomac est petit, rétracté.

Dans l'étude de la sténose hypertrophique du py-

lore, la plupart des auteurs attache la plus grande importance au retard de l'évacuation qui peut n'être terminée qu'au bout de 6, 10 ou 15 heures, quelquefois plus encore. D'après M. Barret, on doit tenir compte non seulement de la durée de l'évacuation, mais aussi et surtout de sa marche et de ses modalités, des caractères du péristaltisme et de la tonicité de l'estomac ; pour cet auteur, l'effort péristaltique a comme caractère essentiel d'être périodique, l'estomac se contracte fortement, violemment et ses efforts sont vains, puis à ces périodes de contractions énergiques et inefficaces font suite des périodes d'inertie. Dans les cas de sténose incomplète, les signes radiologiques sont loin d'être aussi nets, et le diagnostic entre une sténose incomplète et un cas de maladie des vomissements habituels avec spasme pylorique et blocage de l'estomac devient extrêmement difficile, même avec le secours de la radioscopie.

L'évolution de la maladie doit être étudiée avec soin et fournira d'utiles indications. Alors que la maladie des vomissements habituels se caractérise par des périodes alternées d'aggravation et d'amélioration — à une phase de vomissements incessants avec constipation et dénutrition rapide, succède une accalmie pendant laquelle une grande partie des aliments est gardée, la constipation disparaît, parfois même remplacée par une légère diarrhée, et le poids augmente — au contraire, dans la sténose hypertrophique, les symptômes revêtent un caractère de gra-

tivité croissante et les périodes de répit, quand elles existent, sont courtes et améliorent peu l'état général. Une perte de poids continuelle et surtout rapide, massive est en faveur d'une lésion anatomique du pylore.

A tout nourrisson vomisseur, il faut aussitôt appliquer un traitement médical, et si, au bout de trois semaines environ, une amélioration nette n'a pas été obtenue, ce fait devra faire pencher vers le diagnostic de sténose pylorique.

L'importance de ce traitement médical nous engage à donner ici, dans ses grandes lignes, celui que M. Marfan institue en pareil cas. D'abord, le régime, le meilleur aliment pour ces enfants, est le lait de femme ; s'ils sont au sein, il faut se garder de les en priver. S'ils sont déjà soumis à l'allaitement artificiel, il sera préférable de recourir à des laits modifiés tels que le lait condensé ou la poudre de lait ; le lait de vache renfermant des acides gras volatils particulièrement irritants pour l'estomac, ces laits écrémés sont souvent mieux tolérés. Pour le nombre des repas et leur composition, s'il s'agit d'un cas bénin ou de gravité moyenne, on suivra les règles ordinaires ; mais si l'on est en présence d'une forme sévère, on se trouvera bien du régime des repas petits, fréquents et rapprochés. Dès que l'âge de l'enfant le permet, on essaie de donner des farines ; au début, à partir de quatre mois environ, on prescrit des bouillies maltées, puis vers six mois et demi ou sept mois, on passe aux bouillies ordinaires, bien cuites ; cette

alimentation demi-solide est presque toujours mieux gardée.

A ces règles diététiques, on adjoint une bonne hygiène générale ; on entoure ces enfants d'une atmosphère calme, on éloigne d'eux les causes d'excitation ; l'aération, la balnéation chaude constituent d'utiles auxiliaires. Les lavements chauds ont une action anti-émétique ; au début du traitement, il sera bon d'en donner un à deux chaque jour, puis on les espacera progressivement. Le lavage d'estomac qui, après avoir joui d'une grande vogue, est maintenant peu employé, est susceptible de rendre des services, on y aura recours dans les cas de dilatation gastrique marquée avec stase.

Dans les formes communes, avec légère diarrhée, le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 0,75 à 1 gr. par jour, donne de bons résultats, il paraît calmer l'irritabilité gastrique en même temps qu'il modifie heureusement l'état des selles.

Dans les formes sévères, avec spasme plus ou moins généralisé, il faut s'adresser aux médicaments antispasmodiques, surtout à la teinture de belladone que l'on peut associer au bromure. Voici la formule que M. Marfan a coutume de prescrire :

Teinture de belladone.....	X gouttes
Bromure de sodium.....	1 gr.
Bicarbonate de soude.....	1 gr. 50
Eau distillée.....	60 gr.
Sirop de sucre.....	30 cm ³

Jusqu'à 3 mois, 4 cuillerées à café par jour ; de 3 à 6 mois, 4 à 6 cuillerées à café par jour ; 6 à 12 mois,

Chaque dose est donnée quelques minutes avant un 4 cuillerées à dessert par jour.
repas.

Enfin, si ce traitement médical échoue et que l'on puisse éarter la sténose hypertrophique du pylore, il faudra toujours, même en l'absence de tout signe de syphilis, faire un essai de traitement spécifique qui amènera souvent une amélioration rapide.

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit que le diagnostic entre la maladie des vomissements habituels et la sténose hypertrophique, surtout dans sa forme incomplète, offre de grandes difficultés. Aucun des symptômes n'a une valeur absolue, mais, pour chaque cas particulier, l'étude attentive du tableau clinique, des signes radiologiques, et de l'évolution de la maladie, permettra presque toujours d'arriver au diagnostic.

Signalons, en terminant, un cas récent observé par MM. Marfan et Frédet ; il s'agit d'un nourrisson grand vomisseur, chez lequel la radioscopie avait fait penser à une sténose pylorique, l'opération montra l'existence d'une péritonite adhésive, le pylore ayant un aspect normal. Si d'autres cas analogues étaient rapportés, il y aurait lieu de ranger la péritonite chronique parmi les affections émétisantes du premier âge, et d'en tenir compte dans la discussion du diagnostic.

CHAPITRE III

Etiologie

La maladie des vomissements habituels n'est pas en rapport avec une lésion anatomique constante du tube digestif. Il est très fréquent de ne rencontrer aucune anomalie, pas plus à l'œil nu qu'à l'examen microscopique de l'estomac. Si la maladie a été de longue durée, on peut trouver, à l'autopsie, l'estomac plus ou moins dilaté ; dans ces cas, à l'étude des coupes histologiques, on voit parfois des lésions qui traduisent l'irritation des éléments épithéliaux. Les cellules de la surface et du goulot des glandes présentent un gros noyau, quelquefois des vacuoles et laissent échapper de grosses boules de mucus ; les cellules glandulaires sont, en général intactes, cependant les cellules principales sont parfois en voie de reproduction, avec un noyau multiple et un protoplasme granuleux, elles revêtent alors une forme atypique, deviennent petites, rondes ou cuboïdes ; au contraire, les cellules bordantes ne sont pas alté-

rées, mais cette lésion irritative des cellules mucipares de la surface de l'estomac et des cellules principales des glandes est loin d'être constante, de plus on peut la rencontrer chez des sujets n'ayant pas présenté de vomissements au cours de la vie, et atteints d'une autre affection du tube digestif, par exemple de diarrhée commune à rechutes.

L'anatomie pathologique ne nous fournit donc pas d'indications susceptibles d'éclairer l'étiologie et la pathogénie de cette affection.

La suralimentation, l'hypoalimentation, l'ingestion d'un lait défectueux ou d'aliments non appropriés, ont été considérées comme capables de produire, à elles seules, la maladie des vomissements habituels. Il n'est pas douteux que ces fautes dans l'allaitement peuvent être suivies, plus ou moins vite, de l'apparition de vomissements, mais, ou il suffira d'y remédier pour voir les troubles digestifs disparaître, ou bien les vomissements persistent malgré un régime sévèrement réglé et passent à l'état chronique ; dans ce dernier cas, il semble que l'excitabilité de l'estomac, restée latente jusque-là, ait été, exaspérée, et la disposition émetisante ainsi déclanchée. En fait, on retrouve quelquefois une cause occasionnelle : suralimentation et sevrage intempestif surtout, — on pourra le constater dans certaines de nos observations et s'assurer que les vomissements ont persisté pendant des semaines après la suppression de ces facteurs — mais dans un grand nombre de cas, l'enquête la plus minutieuse montre l'ali-

ment bien choisi, de composition normale, la ration convenable et les repas bien distribués.

La radioscopie a permis d'étudier les relations de l'aérophagie avec la maladie des vomissement habituels. Un certain degré d'aérophagie est normal chez le nourrisson qui avale toujours de l'air en même temps que le lait ; cet air dégluti s'accumule à la partie supérieure de l'estomac où il apparaît à l'écran radioscopique sous forme d'une tache claire, l'estomac se laissant distendre passivement au cours du repas, celui-ci terminé, il se rétracte et prend une forme plus globuleuse, cette contraction en masse provoque une éructation qui diminue le volume de la poche d'air et qui s'accompagne parfois du rejet d'une petite quantité de lait. M. Guinon et surtout MM. Lesage, Leven et Barret se sont efforcés de démontrer, en se fondant sur des examens radioscopiques, que l'aérophagie excessive peut, à elle seule, être une cause de vomissements habituels. Ces auteurs distinguent deux sortes d'aérophagie. Dans un premier groupe, l'aérophagie serait due à une alimentation insuffisante, l'enfant fait de nombreux efforts de succion pour arriver à obtenir une ration alimentaire minime, dans l'intervalle des repas, il suce son pouce pour tromper sa faim et déglutit encore une grande quantité d'air ; l'estomac finit par être distendu à l'excès et revient sur lui-même en expulsant de l'air et une partie du lait absorbé. Dans un second groupe, l'alimentation est normale, mais un spasme du cardia s'oppose à la sortie de l'air dé-

gluti ; puis, par le même mécanisme que ci-dessus, cet estomac distendu réagit par une contraction et un vomissement. Mais l'image que MM. Lesage, Leven et Barret donne comme caractéristique de l'aérophagie excessive se voit parfois chez des sujets qui ne présentent point de vomissements et d'autre part, on ne la rencontre que chez un petit nombre de nourrissons vomisseurs ; nous avons eu l'occasion de pratiquer 15 examens radioscopiques, 11 fois l'aérophagie était normale, 1 fois elle était légèrement exagérée et 3 fois seulement elle était franchement excessive, ce qui donne la proportion d'un cinquième. L'aérophagie même excessive ne peut donc pas être considérée comme un facteur primitif, essentiel, des vomissements habituels des nourrissons, M. Marfan admet qu'elle peut jouer un rôle secondaire.

Pour M. Weil, de Lyon, les vomissements habituels, de même qu'un certain nombre d'affections intestinales et cutanées du nourrisson, relèvent d'un état anaphylactique ; de ce fait, M. Weil tire comme conséquence thérapeutique leur traitement par les injections de lait. Il existe certainement des cas, rares à la vérité, d'intolérance pour tel lait en particulier, et pour lesquels, on est autorisé à parler d'état anaphylactique ; nous-même avons recueilli ainsi deux observations — que nous avons éliminées comme en dehors de notre sujet — où les vomissements paraissaient bien être en rapport avec un état anaphylactique. Mais nous nous bornerons à remarquer, sans entrer dans une discussion théorique, que le

terme d'accident anaphylactique, suppose un état aigu, se reproduisant après l'ingestion d'un aliment donné, pour lequel l'organisme est sensibilisé ; les vomissements devraient donc être déclenchés par l'ingestion d'un lait particulier, toujours le même, et s'accompagner de diarrhée et de fièvre ou encore d'hypothermie ou tendance au collapsus, en un mot de phénomènes généraux de gravité variable ; si l'enfant prend un autre lait, il doit le digérer parfaitement et prospérer. On retrouve ces caractères dans une observation rapportée par M. Bar à la société d'obstétrique en 1913. Il s'agit d'un enfant chez lequel tout essai, tenté à quatre reprises, d'allaitement au sein, était aussitôt suivi de pâleur avec tendance à la syncope, diarrhée et vomissements, et atteinte profonde de l'état général, cet enfant s'élevant à merveille avec le lait stérilisé. Cette évolution par crises est très différente de la marche chronique de la maladie des vomissements habituels ; de plus, un des caractères de cette dernière affection est précisément la ténacité des vomissements qui persistent malgré les changements successifs d'aliments : lait de femme, lait de vache bouilli, lait condensé, farine lactée, bouillon de légumes, etc. ; ce fait est signalé dans plusieurs de nos observations (obs. I, II, IV, etc.) Le traitement par les injections de lait a peut-être de bons effets dans d'autres affections, mais dans le cas de vomissements habituels, les résultats sont nuls.

Sous le nom de maladie spasmodique intestinale, M. Lesage a bien vu et décrit les phases spasmodi-

ques de la maladie des vomissements habituels ; pour lui, ce spasme intestinal est dû à l'insuffisance d'écoulement de la bile dans le duodénum. Aussi, à côté des agents antispasmodiques comme le bain chaud, donne-t-il le calomel à la dose de un centigramme le matin et le soir, afin d'exciter la sécrétion biliaire. A cette conception, nous objecterons que la maladie spasmodique intestinale de M. Lesage ne répond qu'à certains cas, et à certaines périodes de ces cas, de maladie des vomissements habituels. Dans notre description clinique, nous avons montré que ces phases spasmodiques n'étaient qu'un épisode au cours de la maladie et pouvaient même faire totalement défaut ; on voit tous les intermédiaires entre une forme très bénigne et les cas avec phases spasmodiques longues et répétées. Remarquons, en passant, que si M. Lesage retire de bons effets de l'emploi du calomel, peut-être celui-ci agit-il plus comme agent mercuriel et antisiphilitique que comme cholagogue.

Le facteur primitif, essentiel de la maladie des vomissements habituels ne paraît donc pas être une cause extérieure, mais dépendre de la constitution même du sujet ; c'est, avant tout, l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique qui ne peut supporter le contact des aliments même normaux et réagit par la contraction de l'organe, par le vomissement, c'est en somme un gastro-spasme émétisant. Sans cette disposition morbide du nourrisson, l'action de ces influences secondaires : suralimentation, aérophagie,

etc., serait impuissante à créer la maladie, et c'est ce qui se produit chez un grand nombre d'enfants qui souffrent de fautes de diététique ; ces sujets présentent des troubles variés de la digestion et de la nutrition, mais pas de vomissements habituels. Cette conception permet de comprendre la variabilité de certains symptômes et en particulier des caractères des selles : si le spasme est très intense et s'étend de l'estomac à l'intestin, une constipation plus ou moins accusée en résulte, en relation avec l'entéro-spasme et avec la faible quantité de chyme qui passe dans le duodénum ; si l'entéro-spasme fait défaut et que l'élaboration du lait dans l'estomac et l'intestin soit défectueuse, la diarrhée dyspeptique se produit, dans les autres cas, les selles sont normales. Cette manière de voir explique aussi le rôle que l'on peut attribuer à l'aérophagie en tant que cause secondaire favorisant le vomissement ; l'hyperesthésie de la muqueuse stomacale provoque de nombreuses déglutitions d'air, et cette distension extrême de l'estomac augmente encore son excitabilité.

Quelle est l'origine de ce gastro-spasme émétisant ? Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la question, de donner une réponse satisfaisante. Quelques points seulement se dégagent et paraissent assez précis. Ces enfants atteints de maladie des vomissements habituels, sont presque toujours des nerveux, issus souvent de parents névropathes, nous avons déjà insisté sur la nervosité si fréquente et l'hypertonie si marquée chez eux. En second lieu, M. Marfan a signalé,

depuis plusieurs années, la fréquence de la syphilis héréditaire chez ces petits malades, et les bons résultats du traitement mercuriel ; nous avons recueilli et examiné, à ce point de vue, un certain nombre d'observations de maladie des vomissements habituels, nous allons maintenant exposer les résultats de cette enquête.

CHAPITRE IV

Nous avons recueilli les observations des enfants vomisseurs qui se sont présentés aux consultations de l'Ecole de Puériculture ou qui ont été soignés à l'hôpital des Enfants-Malades en 1919 et 1920. Dans la publication de ces observations, nous les avons groupées suivant leur provenance ; en effet, tandis que les consultants de l'Ecole de Puériculture sont presque tous au sein et que tous ont été soignés chez eux, par leur mère, au contraire, la plus grande partie des nourrissons traités aux Enfants-Malades étaient hospitalisés à la crèche et pour la plupart soumis à l'allaitement artificiel ; de ces faits résulte une différence considérable dans l'évolution de la maladie, la croissance et le développement des sujets et les résultats des traitements mis en œuvre. Mais pour l'étude que nous faisons ici, il nous a paru préférable de réunir toutes les observations afin d'avoir une vue d'ensemble et d'éviter des répétitions fastidieuses et inutiles.

Nous avons éliminé tous les cas où les vomissements pouvaient être rapportés à une cause définie, soit à une sténose hypertrophique du pylore, soit à

une intolérance anaphylactique pour le lait ou à une faute alimentaire grave comme chez une petite fille qui prenait de la farine lactée additionnée d'alcool ; nous avons aussi écarté un cas où la coexistence d'une tétanie permettait d'établir une relation entre les vomissements et cette affection.

Il nous est resté 57 observations de nourrissons vomisseurs chez lesquels on ne pouvait trouver aucune de ces causes et chez lesquels nous avons recherché les signes de la syphilis héréditaire. Suivant l'enseignement de M. Marfan, nous les avons classés en quatre groupes : 1° ceux chez lesquels la syphilis était certaine ; 2° ceux chez qui elle était très probable ; 3° ceux chez lesquels cette infection était probable ; 4° ceux chez lesquels on ne trouvait aucun signe de syphilis.

Dans le premier groupe, nous plaçons les nourrissons présentant un des signes dits de certitude, c'est-à-dire soit une maladie de Parrot, soit un coryza précoce ayant tous les caractères du coryza syphilitique, soit une éruption caractéristique (syphilides maculeuses ou papuleuses sous leurs diverses formes ; fissures typiques des orifices naturels) ; soit enfin une mégalosplénie chronique, précoce, qui, dans nos climats où le paludisme est négligeable, est en relation avec la tuberculose que l'on peut écarter si la cuti-réaction à la tuberculine est négative, ou avec la syphilis héréditaire. Enfin, suivant l'opinion de M. Marfan, nous y avons joint ceux qui sans présenter un des accidents précédents, ni même un des signes

de probabilité que nous verrons bientôt, avaient une réaction de Bordet-Wassermann positive.

La syphilis a été regardée comme très probable quand se trouvaient réunis plusieurs des indices que nous allons indiquer. Les uns étaient fournis par l'étude des antécédents : certitude de la syphilis paternelle ou maternelle ; avortements ou accouchements prématurés multiples chez la mère ; mort en bas-âge de plusieurs enfants issus de grossesses antérieures ; hydramnios de la mère pendant la gestation du petit malade ; naissance prématurée ou débilité congénitale de celui-ci sans raison appréciable ; mëlæna des nouveau-nés. Dans l'examen objectif du nourrisson, on a recherché spécialement les manifestations suivantes : d'abord le rachitisme précoce frappant surtout le crâne et y déterminant du crâniotabès avec développement exagéré des veines du crâne, très grande fontanelle, à bords épais, quelquefois poussée transitoire d'hydrocéphalie, si l'enfant est plus âgé, on retrouve la marque de ce rachitisme précoce sous forme de crâne natiforme ; une affection congénitale du cœur ; des végétations adénoïdes précoces (avant six mois) et l'adénopathie sus-épitrochléenne bilatérale sans lésions de la main, ni de l'avant-bras, pour ces deux symptômes, il faut s'assurer par la cuti-réaction de l'absence de tuberculose. Parmi ces signes de probabilité, nous trouvons encore le strabisme convergent essentiel et les convulsions dites essentielles, précoces, surtout avec lym-

phocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

La syphilis a été considérée comme probable quand un seul de ces indices était net, les autres étant absents ou trop légers pour leur attacher une signification.

Il n'a pas toujours été possible de pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann, surtout dans les consultations ; par contre, la cuti-réaction à la tuberculine a pu être faite dans tous les cas où la tuberculose pouvait être suspectée.

C'est d'après ces données que nous allons maintenant examiner, avec quelques détails, nos observations.

I^{er} GROUPE

Dans ce premier groupe, nous réunissons les cas où la syphilis peut être considérée comme certaine. Nous n'avons pas observé de maladie de Parrot, ni de lésions de la peau ; en revanche, la mégalosplénie chronique a été constatée 13 fois, soit comme symptôme unique, soit associée au crâniotabès ou à une réaction de Bordet-Wassermann positive, ou à des convulsions essentielles, etc.

OBSERVATION X

V... Louise. Allaitement au sein 2 mois, allaitement artificiel ensuite. Coryza précoce. Micropolyadénie. Mégalosplénie avec foie dur. Réaction de B.-W. négative. Action assez nette du traitement mercuriel.

OBSERVATION XXVI

C... Jeannine. Allaitement au sein. Léger état de débilité congénitale. Mégalosplénie. Réseau veineux crânien très développé. Réaction de B.-W. négative.

OBSERVATION XXVII

Allaitement au sein. Crâniotabès. Mégalosplénie. Ganglion sus-épitrochléen bilatéral. Action nette du traitement spécifique.

OBSERVATION XXVIII

B... André. Allaitement au sein. Troubles de l'ossification du crâne. Mégalosplénie. Douleurs ostéocopes de la mère.

OBSERVATION XXIV

M... Paulette. Allaitement au sein. Inossification crânienne. Convulsions. Mégalosplénie. Réaction de B.-W. négative. Amélioration avec une série de frictions à l'onguent napolitain, rechute et guérison définitive après une seconde série de frictions.

OBSERVATION XXXV

L... Clément. Allaitement au sein. Deux fausses-couches. Un frère hydrocéphale. Végétations adénoïdes. Mégalosplénie.

OBSERVATION XXXVI

C... André. Allaitement au sein. 2 fausses couches de 2 et 5 mois. Végétations adénoïdes. Crâniotabès. Mégalosplénie.

OBSERVATION LVII

N... Alain. Allaitement au sein. Mégalosplénie. Sarcocèle. Aucune action de la potion antispasmodique. Action favorable du traitement spécifique.

OBSERVATION XXII

C.. Louis. Allaitement au sein. Coryza dès la naissance. Crâniotabès. Début d'hydrocéphalie. Mégalosplénie. Réaction de Bordet-Wassermann négative chez la mère et l'enfant.

OBSERVATION XXIII

B... Pierre. Allaitement au sein. Syphilis maternelle. Coryza dès la naissance. Crâniotabès. Mégalosplénie très accentuée. Strabisme convergent. Réaction de Bordet-Wassermann positive chez la mère et l'enfant.

OBSERVATION XXXI

C... Raymond. Allaitement au sein. Naissance avant terme. Débilité congénitale. Crâniotabès. Mégalosplénie. Action efficace, mais lente, du traitement spécifique.

OBSERVATION XXXII

F... André. Allaitement au sein. Mégalosplénie persistante. Végétations adénoïdes très précoces.

OBSERVATION XXXVII

L... Geneviève. Naissance avant terme avec léger état de débilité congénitale. Mégalosplénie. Crâniotabès. Action du traitement spécifique inconnue, l'enfant ayant quitté Paris.

Deux fois, une réaction de Bordet-Wassermann positive coexistait avec du crâniotabès.

OBSERVATION IV

Z... Charles. Après 3 semaines au sein, allaitement mixte avec lait Lepelletier, puis lait condensé. Crâniotabès. Réaction de B.-W. fortement positive. Action manifeste du traitement.

OBSERVATION VII

B... Jacques. Au sein 1 mois, puis mise en nourrice au biberon. Vomissements apparus à l'occasion du sevrage. Une fausse couche. Crâniotabès. Polyonyxis. Réaction de B.-W. fortement positive. Action rapide du lactate de mercure après échec des antispasmodiques.

Enfin, suivant l'opinion de M. Marfan, nous considérons une réaction de Bordet-Wassermann positive comme un signe de certitude.

OBSERVATION VI

D... Raymond. Allaitement au sein 6 semaines, puis au biberon. Une crise de suffocation avec cyanose sans signes de tétanie. Réaction de B.-W. positive.

OBSERVATION VIII

F... Jacques. Allaitement mixte. Hypospade. Réaction de B.-W. positive.

OBSERVATION IX

J... Georgette. Allaitement artificiel. Débilité congénitale. Réaction de B.-W. positive.

OBSERVATION XI

F... Colette. Allaitement artificiel. Naissance à 8 mois. Réaction de B.-W. très fortement positive. Action rapide du traitement spécifique.

OBSERVATION XXIV

T... Marie-Louise. Allaitement au sein. Réaction de B.-W. fortement positive.

Nous obtenons ainsi un total de 20 cas de syphilis certaine, ce qui nous donne 35 pour 100.

2^e GROUPE

Dans ce groupe, nous rangeons les cas où la syphilis nous a paru très probable.

Six fois, nous relevons des signes de rachitisme prédominant sur le crâne sous forme de crâniotabès ou de crâne natiforme. Ces signes sont accompagnés deux fois de mégalosplénie trop légère pour avoir été considérée comme un signe de certitude ; ils coexistent dans un cas avec une maladie de Roger. Pour les trois autres enfants, l'un présentait une hydrocèle enkystée unilatérale en même temps qu'un état de débilité congénitale ; chez les deux derniers, le crâniotabès était à l'état de signe isolé, mais pour les trois, le traitement spécifique a eu une action rapide, soit employé seul, soit après échec du traitement antispasmodique.

OBSERVATION XXI

R... Liane. Vue pour la première fois à l'âge de 16 mois, les vomissements avaient débuté à quelques semaines, l'enfant étant au sein et n'ont disparu que vers 10 mois. Crâne natiforme et front olympien. Maladie de Roger. Réaction de B.-W. négative.

OBSERVATION XXV

T... Paulette. Allaitement au sein. Large plaque de crâniotabès. Réaction de B.-W. négative. Action nette et rapide du traitement mercuriel.

OBSERVATION XXIX

C... William. Allaitement au sein. Crâniotabès très étendu. Echec du traitement antispasmodique et action rapide du traitement mercuriel.

OBSERVATION XXX

G... Elie. Allaitement au sein. Débilité congénitale. Hydrocèle enkystée unilatérale. Crâniotabès. Action rapide du traitement mercuriel.

OBSERVATION XXXVIII

R... Suzanne. Allaitement au sein. Mégalosplénie légère. Crâniotabès léger. Anémie. Action nette du traitement mercuriel.

OBSERVATION XXXIX

B... André. Allaitement au sein jusqu'à 4 mois. Crâniotabès très précoce et extrêmement marqué. Mégalosplénie légère. Le traitement mercuriel ne peut jamais être fait régulièrement à cause de la diarrhée.

Chez 2 autres enfants, on relevait un coryza précoce avec des caractères le rendant suspect, mais le petit malade n'avait pas été vu à ce moment, ce qui enlevait toute certitude ; notons de plus, chez tous les deux, une action rapide du traitement spécifique, et chez l'un, un ganglion sus-épitrochléen bilatéral, chez l'autre des signes d'ostéisme crânien léger.

OBSERVATION XX

G... Roland. Allaitement mixte. Coryza précoce et persistant. Ganglion sus-épitrochléen bilatéral. Action rapide du traitement mercuriel.

OBSERVATION XLIV

L... Odette. Allaitement au sein. Coryza dès la naissance. Plagiocéphalie. Réseau veineux crânien très développé. Action rapide du traitement mercuriel.

Dans trois cas, la réaction de Bordet-Wassermann a été faiblement positive, un de ces enfants est né en état de débilité congénitale : chez les deux autres, l'action du traitement spécifique a été excellente. Enfin, dans une dernière observation où l'on trouve réuni plusieurs petits signes, la réaction de Bordet-Wassermann n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION I

C... André. Allaitement au sein ; sevré à cause des vomissements, qui persistent avec lait condensé, farine lactée, bouillon de légumes. Une fausse couche antérieure. Poids de naissance insuffisant. Réseau veineux crâ-

nien très développé. Action manifeste et rapide du traitement mercuriel.

OBSERVATION II

D... Marcel. Allaitement au sein 3 mois, puis lait de chèvre, lait Lepelletier sans amélioration des vomissements qui existent depuis la naissance. Réaction de B.-W. légèrement positive. Action manifeste du traitement mercuriel.

OBSERVATION III

H... Jacques. Allaitement au sein. Un frère mort à 14 jours avec cyanose et signes d'asphyxie. Réaction de B.-W. faiblement positive. Bons résultats de la potion antiémétique et du lactate de mercure associés.

OBSERVATION V

F... Jean. Allaitement au sein. Débilité congénitale. Réaction de B.-W. légèrement positive. L'action du traitement spécifique n'a pu être suivie.

Enfin, dans une observation nous trouvons une mégalosplénie légère associée à une inossification du crâne chez un débile.

OBSERVATION XXXIII

P... Jeannine. Allaitement au sein. Mégalosplénie légère. Débilité congénitale avec inossification crânienne et persistance de la desquamation. Action favorable du traitement spécifique.

Nous avons donc ainsi 13 cas dans lesquels la syphilis peut être considérée comme très probable, soit 22,8 pour 100.

3° GROUPE

Dans cette catégorie, se trouvent rassemblés les cas de syphilis probable. Chez certains de ces nourrissons, on note des troubles de l'ossification crânienne (obs. XVIII-XLIII), chez d'autres, des convulsions (XII-XL) ou une hydrocèle enkystée unilatérale (obs. XIII), enfin dans deux cas, on a tenu compte de l'action favorable, manifeste et rapide du traitement mercuriel (XLI, XLII).

OBSERVATION XII

C... Raymond. Au sein 3 mois, puis allaitement artificiel. Poids de naissance 1.800. Convulsions à 2 mois. Réaction de B.-W. négative. Amélioration et disparition des vomissements, mais l'athrepsie continue ses progrès et l'enfant succombe à 9 mois.

OBSERVATION XL

D... René. Allaitement au sein d'abord, puis mixte, enfin artificiel. Une fausse couche. Un autre enfant mort de méningite à 9 mois. Convulsions à 3 et à 5 mois. Bonne action du traitement mercuriel.

OBSERVATION XIII

R... Albert. Allaitement au sein 3 mois, puis artificiel. Hydrocèle enkystée congénitale. Ganglion sus-épi-

chléen unilatéral. Développement exagéré des veines du crâne. Réaction de B.-W. négative.

OBSERVATION XVIII

P... Pierre. Crâniotabès. Réaction de B.-W. négative. Cuti-réaction à la tuberculine positive. Décès à 6 mois. (Malgré la présence d'une C. R. positive, nous considérons le crâniotabès comme en relation avec la syphilis héréditaire plutôt qu'avec la tuberculose ; en effet, pour M. Marfan, celle-ci donne surtout des déformations du thorax et des membres inférieurs et touche peu le crâne).

OBSERVATION XLIII

D... Jeanne. Allaitement au sein. Un enfant mort à 12 jours. Retard de l'ossification crânienne. Développement exagéré des veines du crâne avec sillon d'érosion. Amélioration par le lactate de mercure.

OBSERVATION XLI

S... Roger. Allaitement au sein 4 mois, puis allaitement mixte. Petites végétations adénoïdes. Réaction de B.-W. négative. Action nette du traitement mercuriel.

OBSERVATION XLII

F... Jacqueline. Allaitement au sein. Echec de la position antispasmodique. Amélioration nette par le traitement spécifique.

Nous avons ainsi 7 cas où la syphilis est probable, ce qui nous donne la proportion de 12.28 pour 100.

4^e GROUPE

Il ne nous reste maintenant que les enfants qui paraissent indemnes de syphilis. Ces nourrissons ne présentaient aucune anomalie à l'examen le plus complet, ou bien si l'on constatait quelque particularité, ce symptôme était isolé ou trop léger pour servir au diagnostic.

Chez les 17 nourrissons qui rentraient dans ces conditions, presque toujours le traitement médical tel que nous l'avons exposé a donné d'excellents résultats et abouti à la guérison.

En résumé, voici les chiffres que nous obtenons pour les 57 cas examinés : syphilis certaine, 20 cas, soit 35 % ; syphilis très probable, 13 cas, soit 22,8 % ; syphilis probable, 7 cas, soit 12,28 %.

Il est intéressant de rapprocher ces chiffres de ceux donnés dans la thèse de Schwartz (Contribution à l'étude statistique des maladies de la première enfance) ; sur 27 cas de maladie des vomissements habituels, cet auteur trouve 13 hérédo-syphilitiques, soit 48,14 %.

Pour apprécier la valeur de cette proportion, il faut naturellement tenir compte de la grande fréquence de la syphilis chez les enfants soignés aux consultations ou hospitalisés dans les crèches. Cependant si l'on considère l'ensemble de ces nourrissons et que l'on recherche ceux qui sont atteints de syphilis certaine ou très probable, on voit que des chiffres ainsi obtenus, variables suivant les auteurs et les milieux, le plus élevé ne dépasse pas 30 %. On peut

donc admettre que cette affection se rencontre beaucoup plus souvent chez les vomisseurs que chez les autres nourrissons.

Un autre point sur lequel nous voulons, en terminant, attirer l'attention, est l'heureuse action du traitement spécifique, surtout du traitement mercurial dans la maladie des vomissements habituels. Le mercure a été administré soit par ingestion de la solution de lactate de mercure à 1 pour 1.000, la posologie de cette solution se détermine facilement d'après le poids de l'enfant, on en donne au début six gouttes par kilogramme et par jour, et l'on augmente suivant la tolérance du petit malade, ce traitement est poursuivi pendant 20 jours consécutifs ; dans d'autres cas, on a eu recours aux frictions à l'onguent napolitain pratiquées pendant 15 jours. Tantôt ce traitement a été employé après échec des autres médicaments, notamment de la belladone et du bromure, tantôt il a été employé d'emblée et à l'exclusion de tout autre. Dans les consultations de l'Ecole de Puériculture, sur 21 cas où ce traitement mercuriel a été seul mis en œuvre, 19 fois son action fut nette et souvent rapide en une seule série de frictions ou une seule cure de lactate. Dans un certain nombre d'observations, on voit que l'amélioration n'a été d'abord que passagère, la suspension un peu prolongée de la médication provoquant une rechute et il a fallu reprendre le traitement pour obtenir la guérison définitive. Sur l'ensemble, dans 63 % des cas, l'action favorable du traitement spécifique a été nette et durable.

Observations

I. — Observations recueillies aux Enfants Malades

OBSERVATION I

C. André, 4 mois.

Parents bien portants. Une fausse couche antérieure, de 3 mois. Enfant né à terme, pesant 2,700, ictère des nouveau-nés durant 15 jours. Au sein maternel 2 mois, il vomissait tous ses repas, était très constipé, jamais de selles spontanées. Sevré à cause de ces troubles digestifs, et mis au lait condensé, continue à vomir, maigrit et perd 900 gr. en huit jours. Après une purgation à l'huile de ricin, est mis à la diète, toutes les 2 heures, jour et nuit, 20 gr. de bouillon de légumes, persistance des vomissements. Nouvel essai : lait de vache bouilli 45 minutes et coupé à moitié d'eau de Vals, aucune amélioration. Actuellement l'enfant ne prend que de la farine lactée, il vomit avec plus ou moins d'abondance après chaque repas et est toujours constipé.

Premier examen le 16 janvier 1920. Poids 4.800. L'enfant a vomi encore ce matin presque tout son biberon en plusieurs fois. Pas de mouvements péristaltiques visibles. Pas de tumeur pylorique. Squelette normal. Réseau veineux du crâne très développé. Enfant agité, criard, dormant peu. Frictions à l'onguent napolitain.

27 janvier. — 5.100. Vomit moins.

3 février. — 5.060. Diarrhée récente. Vomit environ $\frac{1}{3}$ de biberon après chaque repas. Agité, ne dort pas.

10 février. — 5,200. La diarrhée est arrêtée. Vomissements moins fréquents.

24 février. — 5.150. Ne vomit presque pas.

On augmente le régime ; 4 biberons ; 80 gr. eau + 2 cuillerées à café et demie de lait condensé sucré, et 4 fois 80 gr. d'eau avec trois cuillerées à café de farine lactée. Seconde série de 15 frictions à l'onguent napolitain.

2 mars. — 5,450. Vomit rarement et peu. Moins constipé. Boit bien. Dort mieux.

9 mars. — 5,600. Vomissements plus fréquents, mais peu abondants. Selles muco-gruñeuses.

Régime : 3 farines lactées, 4 fois : une cuillerée à soupe de lait condensé dans 100 gr. d'eau. Dans chaque biberon, mettre une pincée de pégline.

16 mars. — 5,800.

23 mars. — 5,900. Moins gai. Boit mal, ne prend que les $\frac{2}{3}$ de ses farines lactées. Constipation. Pas de vomissements.

30 mars. — 5,920. Deux dents. Refuse ses biberons de lait. Vomit peu.

5 avril. — 5,500. Le lait condensé est remplacé par du lait frais. Rhino-pharyngite.

Le 19 avril, l'enfant succombe à une broncho-pneumonie.

OBSERVATION II

D... Marcel, 5 mois.

Parents de santé médiocre. Père atteint de pharyngite, toussé souvent ainsi que la mère. Pas de fausse couche. Deux autres enfants nés à terme, bien portants.

Le petit malade est né à terme, pesant 3,750. Au sein maternel 3 mois, sevré à cette époque à cause de troubles digestifs

persistant depuis plusieurs semaines : 4 à 5 selles par jour, vomissements après 4 à 5 tétées de la journée. Période de diète hydrique, puis allaitement au lait de vache. Diarrhée remplacée par de la constipation. Vomissements toujours fréquents. Il y a un mois broncho-pneumonie ; on amène l'enfant parce qu'il vomit toujours et ne profite pas.

Premier examen, 6 février 1920.

Poids 3,330. Depuis l'entrée à la crèche, l'enfant vomit presque après chaque biberon, au bout d'une heure, lait coagulé, accompagné de liquide aqueux, un peu filant ; il boit bien et a une selle jaune, plutôt dure, par jour. La pannicule adipeuse a disparu sur le ventre, le tronc et les membres, il commence à disparaître sur le visage ; le menton devient pointu, le visage triangulaire. Squelette normal. Pas de grosse rate. Pas de contractions péristaltiques. Pas de tumeur pylorique.

Régime : 5 biberons de 90 gr. de lait et 30 gr. d'eau bouillie sucrée, 2 farines lactées. Solution de lactate de mercure au millième, trois fois par jour, VIII gouttes dans un biberon.

15 février. — 3,280. Continue à vomir.

27 février. — 3,390. Vomissements précoces et moins abondants, mais presque à chaque biberon. Réaction de B.-W. positive.

2 mars. — 3,450. Reste parfois 2 à 3 jours sans vomir, puis vomit de nouveau abondamment à chaque repas.

7 mars. — 3,390. Reprend de nouveau le lactate de mercure, aux mêmes doses.

17 mars. — 3,400. Vomit moins.

26 mars. — 3,470. Ne vomit que très peu. Régime : 5 repas avec 100 gr. lait et 20 gr. d'eau, 2 fois une farine lactée.

28 mars. — L'enfant quitte la crèche.

OBSERVATION III

H... Jacques, 2 mois.

Père atteint d'une laryngite chronique depuis l'âge de 13 ans, cependant bien portant. Mère bien portante. Pas de fausse couche. Le premier enfant est mort à 14 jours après avoir présenté des signes d'asphyxie (P)

L'enfant est né à terme, n'a pas été pesé. Depuis plusieurs semaines, il vomit très fréquemment, le plus souvent, 15 à 20 minutes après les tétées, en général le lait est caillé. Constipation habituelle.

Premier examen, le 26 décembre 1919. Poids 3,400. Pannicule adipeux disparu sur le ventre, aminci sur les membres. Pas de tumeur pylorique, pas de mouvements péristaltiques. Cœur bien conformé. Squelette normal. Foie et rate de volume normal. On règle la mise au sein : 8 tétées. Potion à la teinture de belladone et au bromure. Un lavement chaud quotidien.

6 janvier 1920. — 3,550. Poids d'une tétée 70 gr. Amélioration des vomissements.

13 janvier. — 3,700. Réaction de Bordet-Wassermann partiellement positive. Vomit moins, cependant après chaque tétée, au bout d'un quart d'heure environ ; toujours constipé. Lactate de mercure au millième, trois fois par jour, IX gouttes.

20 janvier. — 3,870. Ne vomit pas depuis 4 jours.

27 janvier. — 3,980. Une tétée : 80 grammes. Ne vomit presque plus, pas à tous les repas et même pas tous les jours. Constipation persistante, pas de selle spontanée. Lactate de mercure, 3 fois XI gouttes.

4 février. — 4 kg. Ne vomit pas. N'a pris que 20 gr. dans la semaine, mais la mère a eu la grippe.

10 février. — 4,200.

17 février. — 4,200. Compléter 4 tétées par un biberon de 30 gr. de lait et 15 gr. d'eau sucrée.

24 février. — 4.350. Vomit de nouveau un peu, pas de constipation.

9 mars. — 5 kg. Va bien.

OBSERVATION IV

Z... Charles, 6 semaines.

Parents bien portants ; 1^{er} enfant ; la mère n'a pas eu de fausses-couches.

L'enfant est né à terme, il n'a pas été pesé, mais paraissait peser le poids normal. Accouchement difficile : présentation de la face. Il est nourri par sa mère ; depuis sa naissance, il pleure après chaque tétée et, à 3 semaines, il commence à vomir. Ces vomissements ne se produisent pas à chaque tétée, ils se produisent après les tétées de l'après-midi, celles de la nuit et du matin, étant gardées ; ils ne sont pas très abondants, tantôt caillés, tantôt liquides et ne représentent jamais la totalité du repas. L'enfant a été soumis à l'allaitement mixte avec du lait ordinaire, du lait Lepelletier, du lait condensé, sans amélioration. Il est toujours constipé, une selle tous les deux jours provoquée par un lavement ou un suppositoire, cette selle est normale, elle n'a pas l'aspect méconial.

27 septembre 1919. — Examen.

Enfant très amaigri. Poids, 2,710. La fontanelle est un peu tendue ; il existe, de chaque côté de l'occipital, une plaque discrète de crâniotabès. Le reste du squelette est normal. On ne sent pas d'intumescence pylorique. Pas de polyadénie. Le foie et la rate sont normaux. Rien aux poumons, ni au cœur. Epreuve du charbon ; la traversée digestive est effectuée en moins de 9 heures ; le charbon ingéré à 4 heures de l'après-midi est retrouvé à 1 heure du matin.

L'enfant est mis au sein régulièrement ; il ne prend que 40 à 50 gr., on complète avec du lait condensé. On donne un lave-

ment chaud quotidien et 3 fois par jour 6 gouttes de lactate de mercure au 1000^e.

29 septembre. — L'enfant continue à vomir. La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive.

Examen radioscopique immédiatement après ingestion d'une bouillie de baryte : Existence d'un spasme œsophagien, le liquide s'accumule au-dessus du cardia et ne pénètre dans l'estomac que lentement. Estomac petit, de forme normale, présentant des contractions qui font refluer le contenu stomacal, à la fois à travers le cardia et à travers le pylore.

L'enfant sort et doit revenir à la consultation.

9 décembre. — Poids, 3,800. L'enfant après sa sortie a d'abord été assez bien, les vomissements étaient peu fréquents et l'enfant augmentait de poids. La mère le ramène parce qu'il vomit de nouveau beaucoup, est agité et dort mal ; constipation. Teinte anémique assez marquée. La rate n'est pas perceptible. Le crâniotabès est encore net et étendu. Reprendre la cure de lactate : 3 fois, XIII gouttes.

26 décembre. — 4,020. L'enfant vomit moins, il reprend du poids.

Janvier 1920. — Les vomissements ont disparu, la croissance en poids est régulière, l'état de nutrition devient très bon.

Aucun incident et aucun trouble digestif jusqu'en juin 1920.

Le crâniotabès s'est consolidé à 9 mois. L'éruption dentaire a été normale ainsi que la fermeture de la fontanelle et la marche.

OBSERVATION V

F... Jean, 2 mois.

Parents très bien portants. Pas de fausse-couche, 1^{er} enfant.

Il est né à terme après un accouchement normal, pesant 2 kg. (la mère a travaillé jusqu'à la fin de la grossesse). Nourri exclusivement au sein par la mère, il est amené parce qu'il ne profite

pas ; il n'a jamais eu de diarrhée, mais il vomit depuis sa naissance presque à chaque tétée. Les vomissements se produisent tantôt tout de suite, tantôt une heure après la tétée ; souvent le lait caillé est accompagné d'une certaine quantité de mucus, il ne paraît pas se produire de vomissement très abondant correspondant à plus d'une tétée. L'enfant est habituellement constipé, il reste parfois 4 jours sans avoir de selles, il n'a jamais eu de période de diarrhée, les selles sont toujours dures, jaunes avec parfois quelques grumeaux blancs.

4 décembre. — 2,190. Pannicule adipeux très aminci sur le ventre. Légère persistance du pli cutané. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Le squelette est normal. On ne sent pas de tumeur pylorique, mais on note quelques légers mouvements péristaltiques.

Régime des repas un peu rapprochés : 9 tétées par 24 heures. L'enfant prend de 40 à 60 gr. par tétée.

6 décembre. — 2,290. L'épreuve du charbon a montré que la traversée digestive était effectuée en moins de 19 heures. L'enfant est en hypothermie.

10 décembre. — 2,330. Vomit moins fréquemment augmente un peu de poids.

Examen radioscopique :

A) En position antérieure. L'aspect de l'estomac est de forme générale transverse avec la région pylorique assez fortement déjetée vers la droite. La bouillie barytée s'accumule assez facilement en cette région. L'estomac est animé de mouvements péristaltiques normaux, aucune contraction ne fait remonter la baryte vers le cardia.

B) En position oblique. On constate que l'estomac fait un coude assez saillant en avant, le pylore et la région dilatée prépylorique se trouvent donc sur un plan postérieur à la partie la plus saillante de l'organe en avant. On remarque un retard assez considérable à l'ouverture du pylore, ce n'est guère qu'au bout de 20 minutes que l'on voit passer le 1^{er} bol alimentaire dans le duodénum, une fois la première bouchée passée, elles

se succèdent assez rapidement et régulièrement. En somme, coudure accentuée de l'estomac en avant, dilatation de la région prépylorique et retard au passage de la 1^{re} bouchée pylorique ; après quoi, tout se passe normalement.

12 décembre. — Poids, 2,400. Ne vomit qu'après 2 ou 3 tétés, mais parfois le vomissement est très abondant ; l'enfant a des selles normales, 2 par jour ; il prend en moyenne 40 gr. au sein, on complète avec du lait condensé. La température se rapproche de la normale.

15 décembre. — Poids, 2,510. Les vomissements recommencent fréquents, 7 dans la journée du 14. La réaction de Bordet-Wassermann est partiellement positive avec le sérum sanguin. On commence une série de frictions à l'onguent napolitain.

21 décembre. — 2,660. L'enfant vomit encore après quelques tétés, mais peu abondamment.

23 décembre. — 2,730.

25 décembre. — Sortie.

OBSERVATION VI

D... Raymond, 3 mois.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires ; 1^{er} enfant, né à terme, pesant 3,500. Elevé au sein par la mère 6 semaines, puis au biberon en nourrice. L'enfant vomissait assez souvent, il n'avait jamais de diarrhée ; il y a 4 jours, il aurait été pris brusquement d'une crise de suffocation avec cyanose, crise ayant duré 2 heures environ. Un médecin ordonne une purgation à l'huile de ricin et la diète au bouillon de légumes ; depuis cette purgation, l'enfant vomit sans cesse, il n'a pas de diarrhée.

19 décembre 1919. — P. 3,500. Pannicule adipeux presque disparu sur le ventre. Squelette normal. Foie et rate non augmentés de volume. Pas de signe du facial.

Régime : 7 fois 40 gr. de lait et 40 gr. eau sucrée.

Injection de 2 cm³ de lait de vache. Frictions à l'onguent napolitain.

28 décembre. — P. 3,350. Depuis l'entrée l'enfant vomit à chaque repas, peu abondamment, elle a des selles normales. Elle boit bien et prend actuellement 75 gr. de lait et 25 gr. d'eau bouillie sucrée. Réaction de B.-W. franchement positive avec le sérum sanguin.

9 janvier 1920. — 3,300. Les vomissements se produisent à chaque tétée, mais partiels, souvent tardifs.

Examen radioscopique. — Estomac transversal dont le pylore est fortement dévié vers la droite. Contractions invisibles pendant l'examen, pas d'évacuation pylorique pendant l'examen qui a lieu 3/4 d'heures après l'ingestion de baryte, donc retard du début de l'évacuation pylorique.

11 janvier. — 3,390. Injection de 5 cm³ de lait de vache suivie d'une réaction thermique (38,4) de 24 heures.

14 janvier. — 3,290. Les vomissements persistent, sans amélioration, Injection de lait de femme.

18 janvier. — 3,130. Vomissements un peu moins fréquents, à une tétée sur deux, mais le poids diminue.

21 janvier. — 3.200. L'amélioration persiste, l'enfant a pris un peu de poids, il est repris par sa mère.

OBSERVATION VI

B., Jacques, 7 mois.

1^{er} enfant. La mère a fait récemment une fausse couche de quelques semaines. Le petit malade est né à terme, pesant 3,650, il a été nourri au sein un mois, il allait bien et à 5 semaines pesait 4,500. Il est alors mis en nourrice et on n'a pas de détails sur l'alimentation ; à 5 mois, la mère le reprend parce qu'il ne profitait pas et vomissait, il est soigné un mois à la ma-

ternité, puis remis en nourrice. On l'amène parce qu'il continue à vomir après chaque biberon et diminue de poids ; il ne présente pas de diarrhée.

10 mai 1919. — 3,530. Plaque de crâniotabès, réseau veineux très développé sur le crâne, pas de déformations osseuses des membres, ni du thorax ; cal de fracture ancienne sur le cubitus. Gros ventre flasque. Rien au cœur, ni aux poumons. Le pannicule adipeux est complètement absent sur le ventre et les membres et ne persiste qu'à la face.

Régime : 7 fois 80 gr. de lait et 40 gr. d'eau bouillie sucrée. Un lavement chaud quotidien. Potion antiémétique au bromure et à la belladone.

13 mai. — 3,570. Vomissements fréquents et abondants. Diarrhée légère : 3 à 4 selles muco-grumeleuses par 24 heures.

16 mai. — Réaction de Bordet-Wassermann fortement positive. On commence un traitement mercuriel par des gouttes de lactate de mercure. Régime : 7 fois 90 lait et 30 eau.

19 mai. — 3,600. Vomissements moins fréquents.

23 mai. — Un biberon est remplacé par une bouillie un peu épaisse. Ponction lombaire : pas de sucre, albumine 0,40, lymphocytose très discrète.

25 mai. — Ne vomit plus que très rarement et peu.

1^{er} juin. — 3,630. La bouillie est bien tolérée, l'enfant vomit encore quelquefois après les biberons. Amélioration de l'état général. On note des traces de polyonyxis ancienne qui avaient échappé au 1^{er} examen.

5 juin. — 3,780. On arrête le traitement mercuriel. L'enfant va bien.

8 juin. — 3,870. L'augmentation de poids continue, l'enfant ne vomit que très rarement, il prend 2 bouillies et 4 biberons de 90 gr. de lait et 30 gr. d'eau.

15 juin. — 4,080. L'enfant sort, allant toujours bien

OBSERVATION VIII

F., Georges. 1 mois.

Rien à relever dans les antécédents. C'est un premier enfant, né à terme, pesant 2,800, il a été nourri au sein pendant 3 semaines, il allait bien. La mère n'ayant pas beaucoup de lait, fait une tentative d'allaitement mixte. A partir du jour où l'enfant prend du lait de vache il se met à vomir ; remis au sein exclusivement, il continue à vomir après chaque tétée, tantôt immédiatement, tantôt 1 heure après le repas. Il n'a pas de diarrhée, serait au contraire plutôt constipé.

26 juin 1919. — 2,570. Le pannicule adipeux a disparu sur le ventre, il est très aminci sur les membres ; le front est un peu ridé et le menton légèrement pointu. Squelette normal. Pas de grosse rate. Hypospadias. L'enfant boit mal, en 15 minutes, il prend 20 à 30 gr. au sein.

Il est mis au régime suivant : 8 tétées au sein que l'on complète avec une dilution de lait condensé. On donne chaque jour 4 cuillerées à café de la potion au bromure et à la belladone et un lavement chaud.

28 juin. — 2,720. Vomissements après chaque tétée. L'enfant prend environ 50 gr. au sein. Une selle jaune par jour avec le lavement.

30 juin. — 2,840. Ne vomit plus à tous les repas.

3 juillet. — 2,820. 3 vomissements dans la journée. La veille, a eu 38, léger coryza, tousse un peu, rien à l'auscultation.

4 juillet. — 3 vomissements peu abondants, composés de lait caillé et se produisant assez longtemps après la tétée. 3 selles muco-grumeleuses.

5 juillet. — 2,880. 2 vomissements de lait caillé.

7 juillet. — Ne vomit pas du tout ; selles normales. Suppression du bromure et de la belladone.

8 juillet. — Une régurgitation.

9 juillet. — 2,990. 3 vomissements dont un longtemps après le repas et très abondant ; 3 selles normales, le poids, après

avoir crû, reste stationnaire. La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive ; on donne 3 fois par jour 8 gouttes de la solution de lactate de mercure à 1 p. 1000.

10 juillet. — 1 vomissement ; 1 selle normale. Erythème vésiculeux des fesses.

11 juillet. — Un vomissement de lait liquide aussitôt après le repas. Le lactate de mercure est très bien supporté.

12 juillet. — Pas de vomissement, selles tout à fait normales. Erythème des fesses très amélioré.

15 juillet. — 3,030. Un seul vomissement. Amélioration de l'état général.

20 juillet. — 3,100. L'enfant sort, il va bien, il ne vomit qu'une à deux fois par jour, peu abondamment et pas tous les jours.

OBSERVATION IX

J..., Georgette.

Trois autres enfants sont bien portants ; la mère tousse habituellement, mais elle ne crache pas, elle n'a pas fait de fausse couche. Le père est alcoolique.

L'enfant était très petite à la naissance ; comme elle est amenée par une voisine, on ne peut savoir si elle est née à terme, ni le poids de naissance exact. Dès sa naissance, elle a été nourri au biberon, au lait de vache ordinaire d'abord, puis avec adjonction de farine lactée. Elle a vomi depuis les premiers jours de la vie, à peu près à tous les repas, elle est toujours constipée.

8 mai 1919. — 2,280. Le pannicule adipeux a disparu sur le ventre et les membres, il est encore conservé à la face. On note une desquamation persistante. Le squelette est normal. Rien de particulier à l'auscultation.

On donne à l'enfant 7 fois un biberon de 50 gr. de lait écrémé et 25 gr. d'eau bouillie sucrée ; on prescrit la potion antiémétique et un lavement chaud quotidien.

13 mai. — Les vomissements sont encore fréquents, presque à chaque biberon.

16 mai. — La réaction de Bordet-Wassermann est positive, on commence un traitement mercuriel en donnant 3 fois 8 gouttes de lactate de mercure chaque jour.

18 mai. — 2,320. Les vomissements deviennent plus rares. Les selles sont tout à fait normales.

20 mai. — Les vomissements ont cessé.

23 mai. — 2,370. Les vomissements n'ont pas reparu ; l'enfant boit bien.

25 mai. — La petite malade sort, allant toujours bien.

OBSERVATION X

V... Louise, 3 mois.

Père et mère bien portants. Pas de fausse couche.

Enfant unique, née à terme avec un poids de 2,850. Nourrie au sein pendant 2 mois et demi, puis mise au biberon. Coryza dès les premiers jours de la vie. Depuis 4 ou 5 semaines, l'enfant vomit à chaque repas, ces vomissements sont partiels, précoces ou tardifs. Depuis la même époque, l'enfant présente un érythème diffus ayant débuté aux fesses, puis l'érythème est apparu à la face.

1^{er} avril 1920. 3,600. Erythème intertrigo avec plaques discrètes d'eczéma à la face et au cuir chevelu. Etat de nutrition médiocre. Squelette normal. Micropolyadémie. Mégalosplénie, rate débordant de deux travers de doigt le rebord costal. Foie de volume normal. mais dur. Poumons et cœur normaux. Selles normales. Vomissements à chaque biberon, partiels, précoces ou tardifs.

Régime : 7 biberons de 80 gr. de lait et 30 gr. eau.

5 avril. — Régression de l'eczéma et de l'érythème fessier.

9 avril. — Les vomissements persistent. Fièvre et présence

de 2 foyers de broncho-pneumonie aux bases : submatité, respiration bronchique et râles muqueux à bulles fines.

17 avril. — Guérison de la broncho-pneumonie.

28 avril. — Réaction de B.-W. négative. L'enfant continue à vomir. Mise au traitement par le lactate de mercure : trois fois par jour VIII gouttes.

7 mai. — Régression des vomissements.

19 mai. — Les vomissements ont presque disparu et ne reparaîtront plus, mais l'enfant présente des abcès sous-cutanés multiples.

OBSERVATION XI

F... Colette, six semaines.

Les parents jouissent d'une bonne santé, la mère n'a jamais fait de fausse couche.

C'est le premier enfant, elle est née à 8 mois, pesant 2.800, elle est élevée au biberon dès la naissance ; le jour, elle est dans une crèche. Les vomissements ont débuté vers l'âge de 15 jours, ils se produisent après 3 à 4 biberons de la journée. On amène l'enfant parce qu'elle maigrit.

22 avril 1919. — 2,850. Le pannicule adipeux a disparu sur tout le corps, sauf à la face. Il existe une légère déshydratation, l'enfant a des vomissements répétés et un peu de diarrhée : 2 selles liquides. L'examen ne montre aucune anomalie pas plus du côté du squelette que du côté des organes abdominaux et thoraciques.

Après une diète hydrique de 12 heures, l'alimentation lactée est reprise très doucement.

26 avril. — Etat stationnaire. Les selles, 2 à 3 par jour, sont encore liquides. On met alors l'enfant au babeurre, chaque biberon est ainsi composé : 25 gr. de babeurre, 25 gr. d'eau de chaux et 25 d'eau.

9 mai. — 2.600. La réaction de B.-W. a été fortement positive, et les vomissements persistent avec la même fréquence ;

on commence un traitement mercuriel en donnant 3 fois par jours huit gouttes de lactate de mercure.

16 mai. — Les vomissements ont beaucoup diminué, le régime est alors de 3 cuillerées à café de poudre de lait dans 80 gr. d'eau.

22 mai. — L'enfant sort, ne vomissant plus du tout.

OBSERVATION XII

C... Raymond, 6 mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche.

Premier enfant, né à terme, pesant 1,800. Il a été nourri au sein pendant trois mois, il a alors été sevré et alimenté avec du lait de vache coupé d'eau de Vals. Le petit malade a commencé à vomir vers la 3^e semaine de la vie, au début il ne vomissait que quelques repas et le vomissement se produisait en général aussitôt après la tétée ; plus tard, le vomissement se répétait plusieurs fois entre deux repas. L'enfant présentait alternativement des périodes de diarrhée et des périodes de constipation.

A 3 mois, l'enfant est sevré, on lui donne du lait de vache coupé au tiers et additionné d'eau de Vals, il continue à vomir et, loin de s'améliorer, son état s'est aggravé.

Il aurait eu, il y a 3 semaines, des convulsions répétées à plusieurs reprises pendant 24 heures.

16 novembre 1918. — 3,800. Le pannicule adipeux est disparu sur le tronc, très aminci sur les membres, il est conservé à la face. Le squelette est normal. Pas de polyadénie. L'abdomen est normal, il ne présente pas de ballonnement épigastrique, ni sous-ombilical. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

20 novembre. — 3,700. Les vomissements continuent ; on remplace le lait ordinaire par la poudre de lait, l'enfant est mis

à 8 repas, 6 fois une fois cuillerée à soupe de poudre de lait maigre dans 80 gr. d'eau et 2 fois une bouillie un peu épaisse.

24 novembre. — 3,670. Les vomissements sont arrêtés, cependant le poids fléchit encore. Les selles sont normales, un examen bactériologique montre la présence de colibacilles très nombreux et quelques entérocoques.

27 novembre. — 3,620. Les vomissements reparaissent. Selles normales.

3 décembre. — 3,680. L'enfant ne vomit plus, le poids tend à remonter légèrement.

9 décembre. — 3,750. L'amélioration persiste.

16 décembre. — L'enfant est pris de diarrhée commune, sans vomissements.

23 décembre. — 3,160. Les selles sont redevenues normales, les vomissements n'ont pas reparu, la perte de poids est accentuée. Malgré la réaction de Bordet-Wassermann négative, on fait une tentative de traitement mercuriel, différée jusque-là, l'enfant après avoir semblé s'améliorer par le régime, ayant eu de la diarrhée.

Après des alternatives d'augmentation et de diminution de poids, l'enfant qui reçoit une ration normale et qui la digère, ne présentant ni diarrhée, ni vomissements, prend le faciès athrepsique et succombe le 6 février 1919, à l'âge de 9 mois, pesant 3,250. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XIII

R. Albert, 2 mois $\frac{1}{2}$. Les parents sont bien portants, la mère n'a pas fait de fausse couche ; elle a trois autres enfants d'un premier mariage (avec le frère du mari actuel), tous sont bien portants.

Le petit malade est donc le quatrième enfant, il est né à terme, pesant 4,200, il a été nourri au sein 3 semaines, puis se-

vré parce qu'il vomissait après chaque tétée. Mais au biberon, il a continué à vomir également après chaque repas. Il était habituellement constipé, avec parfois une petite crise diarrhéique passagère.

25 décembre 1919. — 3,870. Pannicule adipeux aminci sur le ventre, bien conservé sur les membres et la face. Ganglion sus-épitrochléen unilatéral. Squelette normal, cependant développement exagéré des veines du crâne. Hydrocèle congénitale droite. Pas d'augmentation de volume du foie, ni de la rate. Hypertonie très marquée.

Régime : 7 biberons de 60 gr. de lait et 20 gr. d'eau. On commence des frictions à l'onguent napolitain.

27 décembre. — 3,860. Depuis l'entrée, chaque biberon est suivi d'un ou plusieurs vomissements de lait caillé.

2 janvier 1920. — 3,780. Même état. L'enfant boit bien. On augmente la ration qui est portée à 75 gr. de lait et 25 gr. d'eau et on continue les frictions.

9 janvier. — 3,570. Persistance des vomissements. Examen radioscopique : Estomac étalé transversalement. Contraction peu visible. Le pylore présente une forme arrondie en massue, dirigée en arrière. On n'assiste pas pendant la première partie de l'examen à la formation d'un bol pylorique. Dans la deuxième partie, une demi-heure après, on constate la formation d'un bol pylorique unique qui est passé dans l'intestin grêle.

9, 10, 11 janvier. — On pratique chaque jour une injection de lait de vache ; la 3^e est suivie du phénomène d'Arthus.

15 janvier. — 3,250. L'enfant vient d'avoir une atteinte de diarrhée commune, après avoir été à la diète hydrique, puis au babeurre, il prend actuellement 7 biberons composés de ce mélange : 40 gr. de babeurre, 30 gr. de lait et 30 gr. d'eau de chaux. Pendant cette période de diarrhée, les vomissements ont diminué.

26 janvier. — 3,200. Vomit peu, mais le poids, après avoir fléchi rapidement, reste stationnaire.

8 février. — Vomit peu, selles normales.

23 février. — 3,400. Il boit bien, prend 7 fois 90 gr. de lait et 30 gr. d'eau. Vomit peu. 1 à 2 selles jaunes.

27 février. — 3,650. 1 à 2 vomissements chaque jour, précoces et peu abondants. Etat général bien meilleur.

12 mars. — 3,800. Ne vomit pas.

4 avril. — 3,980. Ne vomit que très rarement et peu abondamment. Selles normales.

5 avril. — 4,010. Sortie.

OBSERVATION XIV

D..., Mauricette, 1 mois.

Le père est bien portant, la mère a eu de l'albumine après l'accouchement, elle n'a jamais fait de fausse couche.

Premier enfant, née à terme, pesant 3,250 après un accouchement normal ; elle est nourrie par sa mère qui la met au sein toutes les deux heures. La petite malade est amenée parce qu'elle vomit tout ce qu'elle prend, depuis 15 jours environ, soit immédiatement, soit 2 heures après la tétée ; ces vomissements étaient très abondants, ils ne paraissaient pas s'accompagner de mucus. Les selles ont toujours été normales sauf depuis quelques jours où elles sont devenues liquides et plus fréquentes, 4 par jour.

16 octobre 1919. — 3,250. Le pannicule adipeux est un peu aminci, mais conservé partout. L'examen de l'enfant ne fait constater aucune anomalie. Depuis l'entrée, elle vomit à chaque tétée et a 5 à 6 selles liquides par jour. La mère a beaucoup de lait, elle donne parfois 100 gr. et au moins 70 gr. par tétée. On règle l'allaitement en réduisant un peu la durée des tétées ; on donne la potion eau de chaux et sirop de ratanhia et un lavement chaud quotidien.

19 octobre. — 3,190. Les vomissements se produisent toujours à chaque tétée, mais ils sont moins abondants, la diarrhée

a presque disparu. L'enfant sort, elle devait revenir à la consultation de nourrissons.

OBSERVATION XV

K., Charles, 6 mois.

Parents bien portants. Dix enfants d'un premier lit, deux d'un second mariage.

13^e enfant, né à terme, poids de naissance inconnu, il est élevé au biberon depuis le début de la vie, l'allaitement ne paraît pas avoir été réglé. L'enfant a toujours présenté des vomissements à tous les biberons ; il ne présente pas de diarrhée habituelle, mais actuellement les selles sont liquides.

9 juillet 1919. — 3,350. L'enfant présente des signes d'état cholériforme commençant : fontanelle déprimée, légère persistance du pli cutané, respiration légèrement irrégulière. L'examen du squelette et des organes est tout à fait négatif.

Diète hydrique pendant 48 heures, puis réalimentation progressive avec le babeurre.

15 juillet. — L'enfant n'a que quelques vomissements, mais les selles peu fréquentes, 3 à 4 par jour, restent liquides et l'état général est mauvais. Il prend 40 gr. de babeurre, 20 gr. d'eau de chaux et 20 gr. d'eau, 7 fois par 24 heures. La cutiréaction à la tuberculine est négative, de même que la réaction de Bordet-Wassermann faite avec le sang.

19 juillet. — 3,190. Pas d'amélioration, vomit très peu. Persistance du pli cutané. Huile camphrée. Sérum.

26 juillet. — 3 kg. Facies cholériforme. Refroidissement des extrémités, persistance du pli cutané. Aux 2 bases, submatité et foyers de râles muqueux.

30 juillet. — Décès.

OBSERVATION XVI

C..., Jacques, 3 mois et demi.

Parents bien portants. Pas de fausses couches.

1^{er} enfant, né dans le courant du 8^e mois, pesant 2,700. Il a été nourri au sein par sa mère pendant 2 mois, puis sevré sur les conseils d'un médecin parce qu'il vomissait fréquemment et présentait un eczéma léger de la face ainsi que de l'érythème des fesses. L'enfant a toujours vomi souvent depuis sa naissance, tantôt aussitôt après les tétées du lait liquide, tantôt 2 heures après du lait caillé, mais les vomissements ont beaucoup augmenté depuis qu'il est soumis à l'allaitement artificiel, et la constipation est apparue. Régime actuel : 7 biberons en 24 heures, renfermant chacun 60 gr. de lait et 30 gr. d'eau ; ces jours derniers, le petit malade vomit après chaque repas.

17 février 1920. — 4,070. Téguments intacts. Fontanelle postérieure ouverte, pas d'autre anomalie du squelette. Le ventre n'est pas gros, ni tendu, on ne voit pas de mouvements péristaltiques. Le foie et la rate sont normaux. Hypothrepsie du 1^{er} degré.

Régime : 7 biberons de 70 lait et 30 eau. On prescrit la potion antiémétique et un lavement chaud quotidien.

24 février. — 4 kg. Même état. Régime : 7 fois 80 lait et 30 eau. Continuer le traitement déjà prescrit.

2 mars. — 4,600. Vomit plutôt moins, a souvent, deux ou trois heures après les repas, un vomissement aqueux. Constipation légère. Hoquet assez fréquent, les biberons suivis de hoquet sont gardés.

9 mars. — 4,700. Vomit moins, passe parfois plusieurs repas sans vomir. Fontanelle postérieure toujours ouverte à bords mous ; bien que la réaction de Bordet-Wassermann soit négative, on prescrit du lactate de mercure à 1 p. 1000, 3 fois par jour 9 gouttes. La ration est portée à 90 gr. de lait et 30 gr. d'eau.

16 mars. — 4,600. L'enfant vomit de nouveau à chaque bibe-

ron, plus ou moins abondamment. Il est moins gai et crie beaucoup, selles normales. Chapelet costal plus marqué. Fontanelle postérieure toujours ouverte à bords ramollis. Même régime et même traitement.

OBSERVATION XVII

M., Raymond, 5 mois.

Le père est mutilé de guerre, mais il jouit d'une bonne santé. La mère est bien portante. C'est le troisième enfant. Le premier est mort de convulsions à 7 mois, le second a deux ans et se porte bien. Pas de fausse couche.

L'enfant est né à terme, pesant 3,500. La mère a été opérée pour lithiase biliaire 11 mois avant la naissance de l'enfant, elle n'était pas encore bien remise quand il est né et elle n'a pu le nourrir. Le petit malade a donc été élevé au biberon dès sa naissance et il a été mis en nourrice à la campagne ; il a commencé à vomir vers l'âge de 4 ou 5 semaines, il vomit presque immédiatement après son biberon. Sur les conseils d'un médecin, il est mis successivement à l'eau bouillie, puis au bouillon de légumes, mais son état n'est pas amélioré. Il n'a jamais eu de diarrhée, au contraire il est plutôt constipé.

20 février 1920. — Nutrition médiocre. Examen négatif, sauf qu'on remarque un réseau veineux crânien très développé.

Régime : 8 fois une cuillerée à café et demie de lait condensé dans 70 gr. d'eau. Commencer une série de frictions à l'onguent napolitain.

2 mars. — 3,800. Vomit un peu moins, pas à chaque repas. Constipation moins marquée.

9 mars. — 3,900. A vomit à chaque repas, mais moins abondamment. Régime : 7 fois 2 cuillerées à café de lait condensé dans 70 gr. d'eau. Reprendre une série de frictions à l'onguent napolitain, le 13 mars.

16 mars. — 3,920. Vomissements plus fréquents, à chaque repas, et plus abondants. Même régime.

30 mars. — 4,370. Vomissements plus espacés, mais persistent cependant après plusieurs biberons de la journée.

OBSERVATION XVIII

P., Pierre, 5 mois.

Les parents sont bien portants, la mère n'a pas fait de fausse couche. Un premier enfant est vivant et bien portant.

Le petit malade serait né un peu avant terme ; vers 8 mois et demi, cependant, il pesait environ 3,300. Il a été nourri au sein jusqu'à 3 mois $\frac{1}{2}$, ensuite élevé au biberon, il recevait toutes les 3 heures le jour et 2 fois la nuit, un biberon renfermant 80 gr. d'eau et 40 gr. de lait Lepelletier, depuis quelques semaines, il vomit après chaque repas du lait caillé. Il est en même temps constipé. Depuis 4 à 5 jours, il tousse un peu.

2 mars 1920. — 3,650. Hypothrepsie du 2^e degré. Crânio-tabès, reste du squelette normal. Micropolyadénie. Rate et foie normaux. Râles ronflants disséminés. Depuis son entrée, l'enfant vomit à tous ses biberons, à plusieurs reprises, immédiatement, puis une demi-heure, une heure après.

5 mars. — 3,610. Il ne vomit plus, tousse toujours. La cuti-réaction à la tuberculine est positive. On commence des injections d'huile éthérée.

7 mars. — Raideur de la nuque. Rate légèrement perceptible. Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien, pas d'anomalie.

12 mars. — 3,520. Vomissements rares. Boit difficilement.

16 mars. — Décès.

OBSERVATION XIX

G., Roger, 2 mois.

Le père a été réformé pour bronchite. La mère est bien portante et n'a jamais fait de fausse couche.

C'est le premier enfant, il est né à terme, pesant 3,420. Nourri au sein un mois, il allait bien ; il est ensuite mis au biberon, la mère voulant travailler ; il prend 7 biberons par 24 heures, chacun renferme 75 gr. d'un mélange à parties égales de lait et d'eau. Depuis une dizaine de jours, il vomit à chaque biberon, il n'a pas de diarrhée.

26 décembre 1919. — 3,470. Eczéma séborrhéique de la région bregmatique et des joues, érythème vésiculo-papuleux des fesses. Micropolyadénie, ganglion sus-épitrochléen gauche. Le foie n'est pas augmenté de volume, la rate est très légèrement perceptible. Cœur normal ; poumons : quelques râles ronflants. Température normale. 1 à 2 selles par jour.

Régime : 7 fois 40 gr. de lait et 40 gr. d'eau.

27 décembre. — 3,430. L'enfant boit bien, il vomit fréquemment. On donne 7 biberons de 70 gr. de lait et 35 gr. d'eau.

6 janvier. — 3,250. Vomissements presque aussitôt après chaque repas, pas très abondants, ne représentant qu'une partie du biberon.

9 janvier. — 3,170. Persistance des vomissements.

Examen radioscopique. Estomac ne présentant pas de déformation particulière. Examen une demi-heure après la prise de baryte, cette dernière apparaît nettement disséminée dans l'intestin grêle, donc pas d'obstacle pylorique.

12 janvier. — 3,180. Même état. Injection de 5 cm³ de lait de vache.

14 janvier. — 3,150. Vomissements partiels en régression.

15 janvier. — 3,050. Deuxième injection de 5 cm³ de lait de vache, suivie comme la première d'une réaction thermique fugace.

17 janvier. — Les vomissements peu abondants persistent encore à un biberon sur deux. L'enfant est repris par sa mère.

OBSERVATION XX

L.-G. Roland, 2 mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche, pas d'enfant mort.

Né à terme, pesant 3,500. Coryza précoce, dès la naissance et persistant. Nourri au sein exclusivement 15 jours, puis allaitement mixte, avec, en ce moment, du lait Gallia, coupé par moitié d'eau de Vals. L'enfant vomit depuis sa naissance presque à chaque tétée, ces vomissements sont tantôt précoces, tantôt tardifs.

19 janvier 1921. — 3,950. Hypothrepsie du 1^{er} degré. Ramollissement de la suture pétro-occipitale. Foie et rate normaux. Hydrocèle enkystée congénitale bilatérale, surtout marquée à droite. Micropolyadénie. Ganglion sus-épitrochléen bilatéral. Racine du nez écrasée. Coryza persistant.

Donner le sein 7 à 8 fois par 24 heures et compléter les six tétées de la journée par un biberon renfermant 60 gr. de lait et 30 gr. d'eau. On ordonne du lactate de mercure, 3 fois par jour XII gouttes.

20 janvier. — Examen radioscopique. Une heure et demie après le repas, l'estomac est complètement rempli en corne d'abondance, un peu refoulé par aérocolie, un tiers du repas est passé dans les anses grêles.

26 janvier. — 4,265. Depuis la bouillie bismuthée, l'enfant ne vomit presque plus.

16 février. 4,860. Les vomissements ont repris, mais irréguliers, moins fréquents, toujours tardifs.

II. — Observations recueillies aux consultations de l'Ecole de Puériculture

OBSERVATION XXI

R... Liane. Née le 4 janvier 1919. 1^{or} examen le 14 mai 1920 à l'âge de 16 mois.

Le père a des bronchites fréquentes, la mère est atteinte de pleurésie sèche, elle n'a jamais fait de fausse couche.

C'est le premier enfant, elle est née à terme, pesant 3 kg., elle a été nourrie au sein jusqu'à 5 mois, puis mise à l'allaitement mixte, à 13 mois sevrage bien supporté. Jusqu'à 10 mois, l'enfant a présenté des vomissements fréquents, répétés, se produisant presque à tous les repas, le poids augmentait peu et de façon très irrégulière. Elle a mis sa première dent à 6 mois $\frac{1}{2}$, elle ne marche pas encore.

14 mai. — 9,550. Bon état de nutrition. A l'examen du squelette, on constate des déformations marquées portant sur le crâne : front olympien et crâne natiforme, sur le thorax qui est évasé avec un volumineux chapelet costal, enfin, les membres inférieurs présentent un bourrelet sus-malléolaire très net et une incurvation marquée des diaphyses tibiales. A l'auscultation du cœur, souffle de maladie de Roger, systolique, ayant son maximum au 3^e espace intercostal gauche, près du sternum, jamais de cyanose. L'enfant depuis l'âge de 10 mois ne vomit plus et elle a augmenté rapidement à partir de cette époque, elle est sujette à une légère constipation. Rate et foie normaux, gros ventre flasque, prolapsus rectal, 10 dents.

On prescrit des bains salés et des frictions à l'onguent napolitain.

28 mai. — L'enfant part pour la campagne. La réaction de Bordet-Wassermann a été négative.

OBSERVATION XXII

C... Louis, né le 26 mai 1920. Premier examen le 18 juin à l'âge de 3 semaines.

Parents bien portants. Pas de fausse couche. Un autre enfant de 3 ans bien portant, mais atteint d'une luxation de la hanche bilatérale.

Né à terme pesant 2,470, élevé au sein par la mère. L'enfant aurait eu du coryza dans les premiers jours de la vie. Il n'a pas de diarrhée, il présente souvent des régurgitations.

18 juin. — 3,080. Enfant normal d'aspect, nutrition satisfaisante. Légère hydrocèle droite.

On règle l'allaitement : une tétée toutes les 2 h. 1/2, ne pas dépasser 8 en 24 heures.

4 août. — 4,050. Vomissements après chaque tétée. Crâniotabès. Erythème intertrigo des fesses. On ordonne des frictions à l'onguent napolitain.

18 août. — 4,310. Vomissements après plusieurs tétées de la journée. Selles muco-grumeleuses.

6 octobre. — Très large plaque de crâniotabès prenant tout l'occiput. Début léger d'hydrocéphalie, iris recouvert en partie par la paupière inférieure.

Vomissements encore fréquents, mais pas à toutes les tétées, parfois très abondants. Reprendre une série de frictions à l'onguent napolitain.

3 novembre. — 4,800. Vomit beaucoup moins, passe quelquefois une journée sans vomissements.

17 novembre. — 5,160. Légère tension de la fontanelle, large plaque de crâniotabès, l'axe des yeux semble se relever. Léger chapelet costal.

Splénomégalie assez marquée avec circulation abdominale collatérale très développée du côté gauche. Erythème fessier papulo-érosif.

23 novembre. — Réaction de B.W. négative chez la mère et l'enfant.

22 décembre. — 5,350. Ne vomit plus, selles normales.

19 janvier. — 5,230. La mère l'a sevré depuis 15 jours. 6 biberons de 135 gr. lait pur sucré.

Circulation veineuse collatérale du crâne très marquée. Ronflement adénoïdien. Chapelet costal accusé. Splénomégalie en régression. Ventre flasque et étalé avec hernie ombilicale accentuée.

18 février. — 5,480. Pas de dents.

4 mars. — 5,730. Crâniotabès en voie de consolidation. Les vomissements n'ont pas reparu. Reprendre une série de frictions Hg.

OBSERVATION XXIII

B... Pierre, né le 7 décembre 1919. Premier examen le 6 février 1920, à l'âge de 2 mois.

Le père est bien portant. La mère a été traitée pour une laryngite accompagnée d'éruption, par des piqûres hebdomadaires intra-veineuses, elle n'a jamais eu de fausse couche. La grossesse s'est passée normalement.

L'enfant est né à terme, pesant 2,850, il a présenté du coryza dès la naissance ; il est nourri par sa mère, mais l'allaitement au sein est mal réglé. L'enfant est amené parce qu'il est constipé et vomit souvent, au moins tous les jours et parfois à toutes les tétés.

6 février. — 3,570. Enfant pâle, à nutrition insuffisante. Fontanelles antérieure et postérieure largement ouvertes. Plaque de crâniotabès sur l'occipital droit. Ventre ballonné, système veineux assez apparent sur les côtés de l'abdomen ; rate très volumineuse descendant à 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Pas de ganglions sus-épitrochléens, mais développement des ganglions assez marqué le long de la chaîne cervicale et dans les régions axillaires. L'enfant est constipé,

il a des vomissements fréquents, tantôt précoces, tantôt tardifs.

13 février. — 3,765. N'est plus constipé, selles un peu glaireuses. Vomit davantage.

20 février. — 4,070. Même état. Frictions à l'onguent napolitain.

27 février. — La réaction de Bordet-Wassermann est positive chez le père, la mère et l'enfant.

5 mars. — 4,200. Vomissements à une tétée sur deux, tardifs et peu abondants.

12 mars. — 4,400. Même état.

19 mars. — 4,550. Selles assez fréquentes, verdâtres, un peu glaireuses ; persistance des vomissements une demi-heure après les tétées. Injection de sulfarsénol.

2 avril. — 4,975. Persistance de la fontanelle postérieure, la suture interpariétale est largement ouverte, développement marqué des veines du crâne. Mégalasplénie persistante. L'enfant vomit toujours à chaque tétée, sauf la nuit.

16 avril. — 5,450. Frictions Hg.

30 avril. — 5,800. Vomissements plus rares, tardifs, une demi heure ou une heure après les tétées.

14 mai. — 6 kg. Persistance d'une plaque de crâniotabès à droite, très minime. Rate toujours nettement perceptible.

4 juin. — 6,520. Disparition des vomissements. Plaque de crâniotabès consolidée.

8 septembre. — 7,450. Glossite exfoliatrice marginée. Eruption maculeuse péri-anale, desquamation palmo-plantaire d'aspect circiné. Reprendre les frictions Hg.

6 octobre. — 7,720. Disparition des troubles cutanés. Persistance d'une grosse mégalasplénie. Pas de dents.

14 novembre. — 8,020. Ne vomit plus du tout, a mis trois dents, Strabisme convergent. La rate est toujours grosse et le foie déborde largement le rebord costal.

Régime : 2 bouillies et 4 tétées au sein. Refaire une série de frictions à l'onguent napolitain.

22 décembre. — 7,940. Persistance de la mégalosplénie. Régime : 2 tétées, 2 biberons et 2 bouillies.

8 janvier 1921. — Examen de l'œil. Paralysie complète du muscle droit externe de l'œil gauche, ayant débuté il y a deux mois, survenue insidieusement sans convulsions ; fond de l'œil normal.

16 janvier. — Réaction de Bordet-Wassermann négative chez la mère, positive chez l'enfant.

9 février. — 8,325. La rate n'est presque plus perceptible. Crâne normal.

OBSERVATION XXIV

T., Marie-Louise, née le 14 février, premier examen, le 7 mai à l'âge de 2 mois $\frac{1}{2}$.

Le père blessé de guerre a une bonne santé ; la mère est bien portante, elle n'a jamais fait de fausse couche. Un premier enfant né à 7 mois est vivant et bien portant.

L'enfant est née à terme, pesant 2,950, elle est nourrie par sa mère, l'allaitement paraît bien réglé, une tétée toutes les deux heures et demie. Depuis sa naissance, l'enfant vomit presque après chaque repas, vomissements partiels, tantôt précoces, tantôt tardifs.

7 mai. — 3,865. L'enfant présente une hypothyroïdie du 1^{er} degré avancée, le pannicule adipeux a presque totalement disparu sur le ventre, il commence à s'amincir sur les membres. Le squelette est normal, la rate n'est pas perceptible.

Continuer l'allaitement maternel : 8 tétées en 24 heures, et donner un lavement chaud quotidien.

14 mai. — 4,140. Persistance des vomissements, ni diarrhée, ni constipation. Donner 3 fois par jour 10 gouttes de lactate d'hydrargyre à 1 p. 1000.

28 mai. — 4,630. Vomissements beaucoup moins fréquents,

peu abondants, tardifs. La réaction de Bördet-Wassermann a été fortement positive.

OBSERVATION XXV

T..., Paulette, née le 9 janvier ; 1^{er} examen, le 27 février à l'âge de six semaines.

Parents bien portants. Pas de fausse couche.

Premier enfant, née à terme, pesant 2,780, elle est nourrie au sein par sa mère, une tétée toutes les trois heures. A l'âge de trois semaines, elle a commencé à vomir après chaque repas ; au début, le vomissement était précoce et composé de lait liquide ; depuis quelques jours, elle vomit plus longtemps après la tétée et le lait est caillé. Elle est en général constipée. La mère l'amène surtout parce que, depuis quelques jours, elle crie sans cesse.

27 février. — 3,850. L'enfant est bien constituée et présente un état de nutrition satisfaisant. On note une circulation collatérale abdominale sans gros foie, ni grosse rate. Le squelette est normal. On règle le nombre et la durée des tétées.

12 mars. — 4,120.

26 mars. — 4,540. Continue à vomir après chaque tétée, au bout de 15 à 20 minutes environ, du lait caillé, vomissement peu abondant. Large plaque de crâniotabès pariéto-occipitale à droite et à gauche, ramollissement de la suture interpariétale. Commencer des frictions à l'onguent napolitain.

9 avril. — 4,700 Persistance des vomissements, tardifs et peu abondants. L'enfant est toujours constipée.

23 avril. — 5,070. Disparition des vomissements, depuis quelques jours.

7 mai. — 5,460. Ne vomit plus du tout.

21 mai. — 5,980. Les vomissements n'ont pas reparu. Selles normales. Persistance du crâniotabès. Légère matité thymique

sans symptômes fonctionnels. Reprendre les frictions à l'onguent napolitain.

OBSERVATION XXVI

C..., Jeannine, née le 1^{er} novembre 1920, premier examen, le 24 novembre, à l'âge de 24 jours.

Parents bien portants. Première grossesse normale.

L'enfant est née à terme, elle n'a pas été pesée : elle est nourrie au sein par sa mère, une tétée toutes les deux heures ; depuis quelques jours, elle vomit fréquemment et présente une légère constipation.

24 novembre. — 2,800. Léger état de débilité congénitale, persistance de la desquamation ; cicatrice ombilicale imparfaite. Persistance de la fontanelle postérieure. Légère splénomégalie. Cœur et foie normaux. On règle le nombre et la durée des tétées.

8 décembre. — 2,800. Vomissements à toutes les tétées, tantôt immédiats, tantôt tardifs depuis 3 semaines. Constipation. Pas de tumeur pylorique, ni de mouvements péristaltiques. Etat de nutrition médiocre.

Examen radioscopique : Un premier repas de lait et de bismuth a quitté l'estomac au bout de 2 h. $\frac{1}{2}$, sans vomissements. Nouveau repas bismuthé, petit estomac de forme et de tonicité habituelle avec grosse poche à air habituelle également.

11 Décembre. — Pesée d'une tétée de 5 minutes à chaque sein : 110 gr. On réduit un peu la durée des tétées de façon à éviter la suralimentation.

14 décembre. — Réaction de Bordet-Wassermann négative.

15 décembre. — 2,870. Persistance des vomissements partiels.

5 janvier. — 3,030. Réseau veineux crânien très marqué. Hypothrepsie du 1^{er} degré avancée. Reprendre des frictions Hg.

27 janvier. — 3,250. Persistance des vomissements.

2 mars. — 3,560. Crises douloureuses avec vomissements, survenant une heure après les tétées. Légère anémie.

OBSERVATION XXVII

P., Renée, née le 31 janvier ; premier examen, le 27 février, à 4 semaines.

Le père présente une tuberculose en évolution avec infiltration bilatérale, il est séparé de l'enfant. La mère est bien portante, elle a eu en 1918 une première grossesse terminée par un avortement à deux mois.

L'enfant est née à terme, pesant 2,500 (la mère a travaillé jusqu'au dernier mois de la grossesse, toujours debout). La petite malade est nourrie exclusivement au sein, toutes les 2 h. le jour, et 2 ou 3 fois la nuit.

27 février. — 2,580. Enfant bien constituée. Plaque de crâniotabès sur l'occipital gauche. Rien aux poumons, ni au cœur. Rate un peu augmentée de volume, foie normal. On règle l'allaitement : 8 tétées par 24 heures.

5 mars. — 2,780. Vomit plusieurs fois par jour, de petits vomissements, quelques minutes après la tétée. Léger érythème fessier. Ganglions sus-épitrochléens bilatéraux, avec onyxis de la main droite. Légère circulation collatérale complémentaire de l'hypochondre gauche. Frictions à l'onguent napolitain.

19 mars. — 3,200.

26 mars. — 3,350. Persistance des vomissements fréquents et précoces.

9 avril. — 3,750. Régression notable des vomissements.

7 mai. — 4,400. Régression des vomissements, un seul tous les 2 ou 3 jours. Consolidation partielle des plaques de crânio-

tabès. Selles normales. Reprise des frictions à l'onguent napolitain.

28 mai. — 4,770. A encore quelques vomissements, 1 à 2 par jour.

13 septembre. — 6,420. Les vomissements ont disparu depuis la moitié de juin environ. Essayer une bouillie.

27 septembre. 6,550. 2 bouillies. 2 biberons de 140 gr. de lait pur, sucré. 3 tétés.

4 octobre. — 6,750. Va bien.

18 octobre. — 6,920.

8 novembre. — 7,370. Ne va pas mal.

6 décembre. — 7,750.

20 décembre. 7,640.

27 décembre. — 7,880. L'enfant va bien, cependant elle boit mal. Reprendre une troisième série de frictions Hg

10 janvier. — 7,930.

17 janvier. — 7,970.

31 janvier. — 8 kg.

OBSERVATION XXVIII

D., Andrée, né le 14 avril 1920, premier examen le 1 mai à l'âge de 3 semaines.

Parénts bien portants. Première grossesse normale.

L'enfant est né à terme, avec un poids de 3,400 ; il est nourri par sa mère, bien réglé, il est mis au sein toutes les 3 heures le jour, une fois la nuit.

7 mai. — 3,810. Bon état de nutrition. Persistance de la fontanelle postérieure et d'une très large suture interpariétale. Léger coryza récent depuis quelques jours. Conjonctivite purulente. Cri à caractère spasmodique, sans signe de tétanie.

14 mai. — 4,120. Guérison de la conjonctivite. Persistance du coryza et léger gonflement adénoïdien.

28 mai. — 4,600. Ramollissement des sutures pétro-occipitales droite et gauche.

16 juin. — 5,320. Incurvation des diaphyses tibiales. Légère mégalosplénie. Légère hydrocèle double enkystée. Vomissements fréquents, très tardifs, peu abondants. On prescrit des frictions à l'onguent napolitain.

30 juin. — 5,910. Persistance des vomissements, très tardifs survenant avant la tétée suivante. Douleurs ostéocopes de la mère à laquelle on donne du sirop de Gibert. Le 15 juillet, recommencer une série de frictions mercurielles à l'enfant.

4 août. — 7,050. Reprendre des frictions Hg, la deuxième série n'a pas été faite.

8 septembre. — 7,950. Ne vomit plus du tout.

13 octobre. — 8,400. Remplacer une tétée par une farine lactée. Bon état général. Crâne consolidé. Rate moins volumineuse. Hypotonie musculaire avec attitude catatonique.

10 novembre. — 8,550. Donner une bouillie ordinaire. 2 dents. Crâne bien consolidé. Ne vomit plus du tout.

24 novembre. — 8,700. Va bien.

20 décembre. — 8,770.

9 mars. — 9,150. 6 dents. Ne va pas mal.

OBSERVATION XXIX

C... William, né le 25 décembre 1919 ; premier examen le 27 février, à 2 mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche.

Il est né à terme avec un poids de naissance de 4 kg. Nourri d'abord exclusivement au sein par la mère pendant six semaines, l'enfant n'augmentait pas, il est alors mis à l'allaitement mixte et le poids augmente ; il vomit depuis sa naissance une à deux heures après les repas, presque à chaque tétée.

27 février. — 4,675. Enfant bien constitué, de nutrition sa-

tisfaisante. Foie et rate normaux. Cœur normal. Régime : 8 repas en 24 heures, mettre l'enfant cinq minutes à chaque sein, puis donner un biberon renfermant 15 gr. de lait condensé non sucré, et 30 gr. d'eau bouillie. On prescrit la potion à la belladone et au bromure.

19 mars. — 5,420. L'enfant est plutôt constipé, une selle jaunée et dure.

26 mars. — 5,650. Plaque de crâniotabès à droite. On commence des frictions à l'onguent napolitain.

9 avril. — 5,755. Diminution des vomissements, à une tétée sur deux.

23 avril. — 6,270. Reprise des vomissements qui avaient tout à fait cessé pendant quelques jours.

7 mai. — 6,260. Pas de vomissements ; diarrhée commune, 4 à 5 selles liquides.

4 juin. — 6,660. Persistance du crâniotabès. Le 11 juin, reprendre une série de frictions mercurielles.

30 juin. — 7,100. Crâniotabès en voie de régression. L'enfant est sevré, il prend 5 biberons de 130 gr. de lait pur sucré et le 6^e repas est constitué par une farine lactée.

21 juillet. — 7,450. Hypotonie musculaire marquée.

1^{er} septembre. — 8,320. Va bien.

22 septembre. — 8,660. 2 dents, Crâniotabès consolidé, hypotonie musculaire moins accusée.

8 décembre. — 10,215. Va bien. Erythème papulo-érosif des fesses.

12 janvier. — 10,150. Vient d'avoir une bronchite. Ration alimentaire un peu insuffisante. Donner 2 bouillies avec 175 gr. de lait et 2 cuillerées à café bien pleines de farine et 3 biberons de 200 gr. de lait.

9 mars. — 10,580. 10 dents. Fontanelle fermée. Commence à marcher.

OBSERVATION XXX

G... Elie, né le 17 février 1921 ; premier examen le 14 mars, à 28 jours.

Père en bonne santé. Mère assez fatiguée, ayant eu une grippe sérieuse l'année précédente. Pas de fausse couche. Premier enfant.

Ce nourrisson est né à 8 mois, pesant 2,810, il est nourri au sein par sa mère, il a de la diarrhée et des régurgitations très fréquentes.

14 mars 1921. — 3,450. Fontanelle postérieure encore ouverte avec bords un peu mous. Diarrhée commune des enfants au sein.

21 mars. — 3,300. Régurgitation à toutes les tétées, quelquefois un vomissement tardif. Selles encore fréquentes.

30 mars. — 3,550. Amélioration des selles. Hernie inguinale droite.

6 avril. — 3,880. Pesée d'une tétée, en cinq minutes, à un sein, l'enfant a pris 90 gram. Vomissements fréquents, précoces et tardifs.

20 avril. — 4,200. Persistance des vomissements.

Examen radioscopique. — Deux heures et quart après le repas, résidu gastrique notable, un-tiers au moins. Estomac de forme habituelle, situation normale. Poche à air peu volumineuse.

27 avril. — 4,470. Persistance des vomissements, accompagnés de cris, tardifs, avant le repas suivant. Crâniotabès, chapelet costal. Légère hydrocèle enkystée gauche. On ordonne des frictions mercurielles.

11 mai. — 5,100. Diminution des vomissements. Régression de l'hydrocèle. Pas de signe de tétanie.

OBSERVATION XXXI

C... Raymond, né le 4 novembre 1919, premier examen le 6 février, à 3 mois.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires.

Premier enfant, né à 7 mois $\frac{1}{2}$, pesant 2 kg. ; élevé au sein maternel, bien réglé, 8 tétées en 24 heures. L'enfant vomit fréquemment, cependant pas à toutes les tétées, en général un quart d'heure après les repas, vomissements partiels ; il est d'une constipation opiniâtre.

6 février. — 5,080. Crâniotabès très marqué. Hernie inguinale droite. Léger eczéma de la face. Commencer des frictions avec l'onguent napolitain.

20 février. — 5,110. Rate très perceptible. Teint un peu gris.

27 février. — 5,185.

12 mars. — 5,420.

19 mars. — 5,900. Persistance du crâniotabès, légère incurvation des daphyses tibiales. Rate à peine perceptible.

2 avril. — 5,900. Régression très marquée des vomissements.

23 avril. — 6,750. Disparition des vomissements. Consolidation des plaques de crâniotabès.

OBSERVATION XXXII

F... André, né le 14 décembre 1919, premier examen le 16 avril 1920, à 4 mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche.

Premier enfant, né à terme, il n'a pas été pesé, paraissait avoir le poids normal. Il est nourri au sein par la mère, toutes les 2 h. $\frac{1}{2}$ le jour, une fois la nuit. Depuis la naissance, il présente des vomissements fréquents peu abondants, tantôt précoces, tantôt tardifs, il est toujours constipé.

16 avril. — 5,890. Bon état de nutrition. La rate est augmentée de volume, rate postérieure. L'enfant ronfle et, d'après la mère, dort souvent la bouche ouverte. On ordonne des frictions mercurielles.

23 avril. — 5,750. Légère diarrhée, selles muco-grumeleuses. Persistance des vomissements.

30 août. — 5,720. Etat stationnaire. On augmente un peu la durée des tétées.

7 mai. — 5,680. Vomit peu.

21 mai. — 5,910. Vomissements irréguliers, souvent tardifs.

25 juin. — 6,300. A pris en une tétée 130 gr. Circulation crânienne assez marquée.

6 juillet. — 6,330. Croissance insuffisante.

15 juillet. — 6,350. Augmente peu, cependant ne vomit que rarement, et les selles sont normales. Faire une deuxième série de frictions mercurielles.

27 août. — 7,440. Remplacer une tétée par une farine lactée.

10 septembre. — 8 kg.

6 octobre. — 8,350. Remplacer la farine lactée par une bouillie ordinaire. Cessation des vomissements. Persistance du gonflement adénoïdien, bouche entr'ouverte, racine du nez écrasée. Hypotonie musculaire.

3 novembre. — 8,920. Foie un peu gros. Mégalosplénie persistante. Troisième série de frictions Hg.

15 décembre. — 9,300. Ne va pas mal.

11 janvier. — 10.100.

OBSERVATION XXXIII

P... Jeannine, née le 19 août 1920 ; premier examen le 22 septembre, à l'âge d'un mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche.

Premier enfant, née à terme, elle n'a pas été pesée, mais paraissait plutôt dépasser la normale ; elle est nourrie au sein par sa mère, une tétée toutes les 2 heures. Elle n'a jamais eu de diarrhée, elle est au contraire, plutôt constipée ; elle présente des vomissements fréquents, une heure après chaque tétée, le lait est caillé.

22 septembre. — 3,420. Persistance de la desquamation. Petite hernie ombilicale. Large suture interpariétale avec persistance de la fontanelle postérieure. On règle l'allaitement, une tétée toutes les 2 h. $\frac{1}{2}$, 8 au plus en 24 heures.

29 septembre. — 3,470. Persistance des vomissements, quelquefois tardifs, une heure après la tétée ; constipation. Persistance de la desquamation. Mégalosplénie légère. Commencer une série de frictions à l'onguent napolitain.

20 octobre. — 3,900. Vomissements moins fréquents.

10 novembre. — 4,190. Passe parfois une journée sans vomir.

1^{er} décembre. — 4,400. Cessation des vomissements. Quelques râles ronflants.

5 janvier. — 5,200. Va bien.

OBSERVATION XXXIV

D... Paulette, née le 25 août 1920 ; premier examen, le 15 septembre, à l'âge de trois semaines.

Parents bien portants. C'est la 4^e grossesse. Première grossesse en 1900, l'enfant est décédé à 11 ans ; la deuxième grossesse en 1912 s'est terminée à 6 mois par un accouchement prématuré ; la troisième grossesse en 1909, est allée jusqu'à terme, mais l'enfant est décédé accidentellement à 5 ans.

La petite malade est née à terme, pesant 3,400 elle est nourrie au sein, une tétée toutes les 2 heures ; elle ne présente pas de troubles digestifs.

15 septembre. — 3,700. Enfant bien constituée. Rien à relever dans l'examen. On règle l'allaitement, l'enfant sera mise au sein toutes les 2 h. 1/2 le jour, une fois la nuit, 8 tétées en 24 heures.

29 septembre. — 4,030. Depuis quelques jours, vomissements, précoces ou tardifs, sauf la nuit. Petite crise convulsive avec cyanose passagère, cœur normal. Persistance de la fontanelle postérieure, kystes épithéliaux du raphé palatin.

Plaie ombilicale incomplètement cicatrisée, érythème intertrigo. On prescrit des frictions mercurielles.

6 octobre. — Réaction de B.-W. négative.

13 octobre. — 4,400. Disparition des vomissements et des crises convulsives. Bon état général.

3 novembre. — 4,800. Reprise des vomissements tardifs, ou précoces, partiels. Pas de convulsions. Légère hyperostose de la suture temporo-pariétale et pariéto-occipitale. Diarrhée muco-grumeleuse peu marquée.

17 novembre. — 5,020. Disparition des vomissements. Légère mégalosplénie.

1^{er} décembre. — 5,290. Les vomissements n'ont pas reparu. Rate toujours accessible.

26 janvier. — 6,060. Mégalosplénie encore nette, en régression cependant. Bon état général.

OBSERVATION XXXV

§... Clément, né le 2 février 1921 ; premier examen le 19, à l'âge de 17 jours.

Les parents sont bien portants, la mère a fait 2 fausses couches de 3 mois, en 1914 et 1917, elle a perdu ensuite, à l'âge de 11 mois, un enfant hydrocéphale qui a succombé en état convulsif à la crèche des Enfants-Malades ; pendant cette 4^e

grossesse normale, elle a été bien portante et s'est reposée le dernier mois.

Né à terme, pesant 3,450, l'enfant est nourri par sa mère, bien réglé, une tétée toutes les 3 heures. Il a souvent un peu de diarrhée, jamais de période de constipation. Il vomit fréquemment, tantôt tout de suite, tantôt 1 à 2 heures après le repas.

19 février. — 3,570. Enfant bien constitué, de nutrition satisfaisante. Circulation collatérale abdominale. Léger fungus ombilical. Mettre l'enfant au sein toutes les 2 h. $\frac{1}{2}$ et ne le laisser que trois minutes à chaque sein. A cause de la diarrhée commune, on donne de l'eau de chaux.

26 février. — 3,800. La diarrhée est améliorée. Vomissements fréquents surtout précoces.

5 mars. — 4,100. Obstruction nasale. La diarrhée est guérie. Les vomissements persistent.

12 mars. — 4,210. Vomissements un peu moins fréquents. Mégalosplénie. Obstruction nasale persistante. Commencer une série de frictions à l'onguent napolitain.

19 mars. — 4,570. Ne vomit presque pas.

26 mars. — 4,820.

2 avril. — 4,935. Reprise des vomissements. Rate toujours perceptible.

OBSERVATION XXXVI

C. André, né le 9 juillet ; premier examen, le 4 août, à l'âge de 24 jours.

Le père, bien qu'emphysémateux a une bonne santé. La mère est bien portante ; elle a fait deux fausses couches de deux mois et demi et cinq mois ; elle a quatre enfants vivants et bien portants, elle n'en a pas perdu.

Celui-ci est donc le cinquième enfant, il est né à terme, il n'a pas été pesé, il paraissait avoir le poids normal, il est nourri au sein par sa mère. Depuis 8 à 10 jours, il vomit fréquem-

ment du lait caillé et il est légèrement constipé, il n'a d'ailleurs jamais présenté de diarrhée.

4 août. — 3,470. Enfant bien constitué, nutrition satisfaisante. Rien à signaler. On se borne à régler l'allaitement, 8 tétées en 24 heures, de cinq minutes à chaque sein.

1^{er} septembre. — 3,910. L'enfant vomit à chaque tétée, parfois pendant la tétée même ou 5 à 10 minutes après.

Crâniotabès léger à gauche avec ramollissement de la suture inter-pariétale. Mégalosplénie. On prescrit des frictions mercurielles.

6 octobre. 4,350. — Continue à vomir. Ecrasement de la racine du nez avec ronflement adénoïdien. On donne du lactate de mercure, trois fois par jour X gouttes.

10 novembre. — 4,490. Les vomissements sont encore fréquents. Crâniotabès persistant. La rate diminue de volume. Le poids augmente peu. Reprendre les gouttes de lactate de mercure à la même dose.

1^{er} décembre. — 5,350. Ne vomit presque pas.

19 janvier. — 6,320. Les vomissements ne reprennent pas. Amélioration de l'état général. Persistance du ramollissement des bords de la suture pétro-occipitale gauche.

2 mars. — 6,930. Large crâniotabès. L'enfant tousse, à l'auscultation, râles ronflants et sibilants nombreux dans toute la poitrine. Quand la bronchite sera guérie, reprendre une série de frictions mercurielles.

OBSERVATION XXXVII

L... Geneviève, née le 17 juillet 1920, premier examen le 11 août, à l'âge de 25 jours.

Père atteint de dysenterie et paludisme, depuis 1918. Mère en bonne santé. Première grossesse.

L'enfant est née 15 jours avant terme, avec un poids de

2.910. Elle est nourrie au sein toutes les trois heures le jour, une fois la nuit. Elle a des vomissements fréquents de lait caillé, presque à chaque tétée.

11 août. — 3.190. Léger état de débilité congénitale. Erythème vésiculo-érosif des fesses. Absès sous-cutané de la région cervicale. Légère hypertrophie de la rate.

18 août. — 3.350. Vomissements toujours fréquents, selles muco-grumeleuses. Les bords de la fontanelle postérieure sont un peu ramollis.

1^{er} septembre. — 3.790. Vomissements tardifs ou précoces, répétés, à chaque tétée. Plaqué de crâniotabès. Lactate de mercur pour 1000 : 3 fois par jour X gouttes.

L'enfant part pour la campagne et ne peut être suivie.

OBSERVATION XXXVIII

R... Suzanne, née le 22 février 1920, premier examen le 23 avril, à 2 mois.

Les parents sont en bonne santé. Pas de fausse couche. Un premier enfant de 15 ans est vivant et bien portant.

Celle-ci est née à terme, pesant 3,500, elle est nourrie au sein par sa mère, bien réglée, toutes les 3 heures le jour et une fois la nuit. Elle vomit très fréquemment, 1 heure après la tétée, du lait caillé. Depuis sa naissance, elle présente souvent des selles liquides, sans alternatives de constipation.

23 avril. — 4,490. Bon état de nutrition. Aucune anomalie du côté du squelette. Cœur normal. Rate peut-être augmentée de volume, à revoir.

7 mai. — 4,770. Vomit moins.

21 mai. — 5,200. Selles très fréquentes, non liquides, muco-grumuleuses. Vomissements de nouveau après chaque tétée, sauf la nuit, précédés de cris. Ils se produisent 1 heure après la tétée et sont composés de lait caillé et de mucus.

Anémie, teinte paille. Petite plaque de crâniotabès à droite. Légère mégalosplénie. On prescrit de l'eau de chaux contre la diarrhée, et, dès que les selles seront à peu près normales, donner des gouttes de lactate de mercure, 3 fois par jour XII gouttes.

28 mai. — 5,290. Teinte jaune des téguments, moins accusée. Diminution des vomissements.

11 juin. — 5,720. L'enfant a souvent des selles muco-grumeleuses ; elle ne vomit plus du tout.

23 juin. — 5,880. Les vomissements n'ont pas reparu. L'enfant vient d'avoir une bronchite.

7 juillet. — 6,240. Crâniotabès consolidé. Etat général

21 juillet. — 6,380. Les selles sont encore souvent muco-grumeleuses par périodes de 3 ou 4 jours. On redonne cependant du lactate de mercure, en laissant la même dose.

11 août. — 6,720. Persistance d'un léger degré d'anémie. Crâniotabès bien consolidé. La rate, quoique moins grosse, est toujours nettement perceptible.

25 août. — 6,920. Encore légère mégalosplénie. Refaire une cure de lactate de mercure.

15 septembre. Hypotonie musculaire marquée. Remplacer une tétée par une farine lactée.

6 octobre. — 7,520. Bosses pariétales un peu saillantes. On accroche encore la rate. On essaie d'augmenter la dose de lactate de mercure ; XVI gouttes 3 fois par jour.

13 octobre. — 7,320. L'enfant vient d'avoir de la diarrhée accompagnée, il y a 3 jours, d'une poussée fébrile. Hypotonie musculaire accentuée. On suspend le lactate et on donne un traitement anti-diarrhéique.

3 novembre. — 7,650. Va bien maintenant.

1^{er} décembre. — 7,530. Vient d'avoir un coryza et de la bronchite. Pas de dents.

8 décembre. — 7,930. Deux farines lactées.

12 janvier. — 8,020. La rate n'est plus accessible. Bon état

de nutrition. Remplacer les bouillies de farine lactée par des bouillies ordinaires.

OBSERVATION XXXIX

B... Andrée, née le 31 octobre 1920. premier examen le 15 novembre à l'âge de 15 jours.

Père tousseur et emphysémateux, pas de bacilles dans les crachats. Mère en bonne santé. C'est la 5^e grossesse. La première s'est terminée par la naissance au sixième mois d'un enfant mort-né, la mère avait de l'albumine et a présenté des attaques d'éclampsie, toutes les autres grossesses ont été menées jusqu'à terme. Les trois enfants sont vivants et assez délicats.

Celle-ci est donc née à terme après une grossesse normale, sans albuminurie, pesant 2,550. Elle est au sein une tétée toutes les 3 heures.

15 novembre. — 2,770. Fontanelle postérieure largement ouverte. Crâniotabès extrêmement développé, toute la portion postérieure du crâne, sauf les bosses pariétales, est ramollie. Cœur normal. Erythème des fesses. Bonne nutrition. Des frictions mercurielles sont prescrites.

29 novembre. — 3,050. L'enfant présente des vomissements fréquents, en général précoces. Crâniotabès extrêmement accusé.

6 décembre. — 3,170. Les frictions à l'onguent napolitain ont dû être suspendues, l'enfant ayant eu de la diarrhée ; les reprendre dès que les selles seront redevenues normales.

13 décembre. — 3,270. Persistance des vomissements qui sont devenus plus tardifs.

20 décembre. — 3,350. Vomissements toujours aussi fréquents. Potion antiémétique à la belladone et au bromure.

27 décembre. — 3,550. Légère amélioration.

3 janvier 1921. — 3,750. Diminution des vomissements.

17 janvier. — 3,840. Ne vomit presque plus. Reprendre des frictions Hg.

31 janvier. — 4 kg. Les frictions n'ont pu être faites par suite de diarrhée.

7 février. 4,100. Nutrition médiocre. Crâniotabès encore marqué. Légère mégalosplénie. Compléter chaque tétée par un biberon de 25 gr. de lait et 10 gr. eau.

19 février. — 4,150. Vomit plusieurs fois par jour.

26 février. — 4,500. A vomi très peu pendant la semaine.

12 mars. — 4,760. Sevrage à cause de l'état de santé de la mère. Régime : 7 biberons de 100 gr. de lait et 20 gr. d'eau.

26 mars. — 5 kg. L'enfant vomit encore plusieurs tétées de la journée, du lait caillé.

OBSERVATION XL

D... René, né le 29 juillet 1920, premier examen le 15 décembre à 5 mois 1/2.

Père tousseur. Mère fatiguée et anémiée. Une fausse couche de 2 mois. Un premier enfant mort de méningite à 6 mois.

Le petit malade est né à terme, la mère ne se rappelle pas le poids de naissance. Allaitement au sein 2 mois, puis allaitement mixte. Actuellement il ne prend presque plus le sein et reçoit 8 biberons de 160 gr. Il a été sevré parce qu'il avait des vomissements fréquents et ne profitait pas. Ces vomissements qui ont persisté avec le lait de vache, se produisaient longtemps après le repas, le lait était caillé. Jamais de diarrhée, au contraire, tendance à la constipation. L'enfant a présenté des convulsions à 3 mois, et tout récemment, il y a deux ou trois jours. Il aurait eu la rougeole à un mois.

15 décembre. — 5,900. Assez bon état de nutrition. Légère submatité manubrio-sternale, rien à l'auscultation. Foie et rate normaux. Pas de polyadénie. L'enfant dort la bouche ou-

verte, léger ronflement adénoïdien. On règle l'alimentation ; 7 fois 90 gr. de lait et 30 gr. d'eau.

22 décembre. — 5,850. Vomissements très fréquents, précoces et tardifs. Constipation marquée. On conseille de donner la potion antiémétique au bromure et à la belladone et un lavement chaud quotidien.

29 décembre. — On conseille de persister à donner le sein et de compléter avec 90 gr. de lait et 30 gr. d'eau. Les vomissements sont plutôt un peu moins fréquents.

26 janvier 1921. — 6,580. Malgré la potion antispasmodique, les vomissements persistent, en général tardifs. On prescrit du lactate de mercure, 3 fois par jour 15 gouttes.

27 janvier. — Examen radioscopique : A 1 h. $\frac{1}{2}$ après le repas bismuthé, une faible partie de celui-ci est passée dans l'intestin grêle ; l'estomac est entièrement rempli, de forme habituelle à cet âge avec une encoche de la grande courbure qui paraît due à un spasme léger ou à la compression par le colon rempli de gaz. Grosse aérocolie gauche. Poche à air gastrique très modérée. La région du thymus ne révèle pas d'ombre anormale et les petites ombres hilaires sont très discrètes. B 2 h. $\frac{3}{4}$ après le repas bismuthé, estomac complètement vide, tout le contenu est dans les anses grêles. Une grosse aérocolie persiste à gauche et sur le transverse, paraissant bien être la cause de l'incisure que l'on avait constatée au niveau de la grande courbure. L'enfant a dormi et n'a pas vomi entre son repas et les deux examens successifs.

2 février. — 6,690. Disparition presque complète des vomissements.

16 février. — 7,150. Les vomissements ont tout à fait cessé. Bon état.

OBSERVATION XLI

S..., Roger, né le 22 juin 1919 ; premier examen, le 2 avril 1920, à l'âge de 9 mois.

Le père tousse de façon habituelle et présente des lésions tuberculeuses en évolution, il a toujours été séparé de l'enfant. La mère est bien portante, elle s'est reposée à partir du 4^e mois de la grossesse. Pas de fausse couche.

Premier enfant, né à terme, pesant, 3,500, il a été nourri par sa mère pendant 4 mois, puis mis à l'allaitement mixte. Depuis l'âge de 2 mois, vomissements à toutes les tétés, en général tardifs, avec hypersécrétion de mucus et de suc gastrique.

Constipation habituelle, jamais de diarrhée.

2 avril. — 6,870. Squelette normal, 2 dents. Ni gros foie, ni grosse rate. Hypotonie musculaire très accentuée. Ronflement adénoïdien. Commencer une cure de lactate d'hydrargyre.

9 avril. — 7,100. Vomit beaucoup moins.

16 avril. — 7,080. Disparition presque complète des vomissements. On règle ainsi le régime : 3 tétés au sein, un biberon de 150 gr. de lait, 2 bouillies.

30 avril. — 7,280. Réapparition des vomissements avec les mêmes caractères. Reprendre les gouttes de lactate de mercure.

7 mai. — Persistance des vomissements.

21 mai. — 7,690. Disparition des vomissements. L'hypotonie musculaire est toujours aussi marquée.

4 juin. — 8,160. Régime : 2 bouillies, 2 biberons, 2 tétés au sein.

28 juin. — 8,420. Les vomissements n'ont pas reparu.

OBSERVATION XLII

F., Jacqueline, née le 20 septembre 1920 ; premier examen, le 13 octobre, à l'âge de 3 semaines.

Parents bien portants. Pas de fausse couche. Le premier enfant, né à terme, jouit d'une bonne santé ; le 2^e, né à 7 mois, est bien portant.

Troisième enfant, née à terme, pesant 4 kg. ; elle est élevée

au sein, une tétée toutes les 3 heures le jour, une fois la nuit. Depuis la naissance, l'enfant a des vomissements presque après chaque tétée, le plus souvent tardifs, au bout de 1 h. $\frac{1}{2}$ à 2 h. ; elle a au moins une selle spontanée chaque jour, souvent glaireuse.

13 octobre. — 3,700. Enfant bien constituée. On ne sent pas de tumeur pylorique, et il n'y a pas de mouvements péristaltiques visibles. On conseille à la mère de rapprocher un peu les tétées et d'en donner huit.

27 octobre. — 3,620. Continue à vomir.

3 novembre. — 3,520. Etat stationnaire. Examen radioscopique : 1^{er} examen : 3 heures après un repas bismuthé. Pas de résidu gastrique. Tout le bismuth est dans l'intestin grêle. 2^a, nouveau repos bismuthé et examen immédiat. Estomac en cornue d'abondance, de forme et tonicité habituelles. Péristaltisme visible. Poche à air ne refoulant pas le diaphragme. Aérocolie. La potion au bromure et à la belladone est prescrite.

10 novembre. — 3,550. Pas d'amélioration, vomissements très fréquents, tardifs, 1 heure au plus après la tétée. On fait commencer une cure de lactate d'hydrargyre : 3 fois par jour 10 gouttes.

17 novembre. — 3,550. Les vomissements sont un peu moins fréquents, ils renferment beaucoup de mucus.

24 novembre. — 3,450. Diminution des vomissements, selles normales ; cependant le poids diminue encore.

8 décembre. — 3,690. Amélioration de l'état général. Vomissements devenus très rares, uniquement précoces et très peu abondants. Le 15 recommencer les gouttes de lactate de mercure.

22 décembre. — 3,670. L'enfant a dû être sevrée brusquement à cause de l'état de santé de la mère. Elle prend 7 biberons de 75 gr. de lait et 30 gr. d'eau bouillie. Elle n'a plus de vomissements, à peine quelques régurgitations de temps en temps.

26 janvier. — 4,770. Mettre dans les biberons 90 gr. de lait et 30 gr. d'eau ; si l'enfant digère bien, arriver à 100 gr. de lait et 20 gr. d'eau.

23 février. — 5,540. Les vomissements n'ont pas reparu. Bon état général. 6 biberons de 120 gr. de lait.

OBSERVATION XLIII

D., Jeanne, née le 14 avril ; premier examen, le 7 mai, à l'âge de 20 jours.

Parents bien portants, pas de fausse couche. Un premier enfant, né à terme, est mort à 12 jours, la mère parle d'une opération à la gorge et ne peut fournir de renseignements précis.

Deuxième enfant, née à terme, avec un poids de 2,575 ; elle est nourrie par la mère et n'est pas réglée. On l'amène parce qu'elle vomit.

7 mai. — 3,075. Bon état de nutrition. Persistance de la desquamation. Le réseau veineux du crâne est très développé, la fontanelle postérieure n'est pas fermée et la suture inter-pariétale est très large. Ni le foie, ni la rate ne sont augmentés de volume. Cœur normal. L'enfant vomit depuis la naissance à toutes ses tétées, les vomissements sont tantôt tardifs, tantôt précoces, quelquefois très abondants, en général ne représentant qu'une partie de la tétée. Pas de constipation. On règle le nombre et la durée des tétées, 8 en 24 heures ; 5 minutes à chaque sein.

14 mai. — 3,230. Persistance des vomissements. On prescrit du lactate de mercure, 3 fois 7 gouttes par jour.

4 juin. — 3,690. Disparition des vomissements aux tétées du soir et de la nuit.

OBSERVATION XLIV

L..., Odette, née le 23 avril 1920 ; premier examen, le 20 mai, à l'âge de 27 jours.

Parents bien portants. 1^{re} grossesse.

L'enfant est née à terme, pesant 3 kg ; elle a présenté un coryza ayant duré une dizaine de jours, aussitôt après sa naissance. Elle est élevée au sein, une tétée toutes les 2 heures et 1 fois la nuit, elle vomit après 3 ou 4 tétées de la journée.

20 mai. — 2,875. Nutrition insuffisante. La mère a des crevasses au sein gauche. On règle les tétées toutes les deux heures et demie, 1 fois la nuit, 8 en 24 heures.

27 mai. — 3,030. Poids d'une tétée 95 grammes.

3 juin. — 3,020. Les seins vont beaucoup mieux, mais l'enfant vomit maintenant après chaque tétée au bout d'une demi-heure à une heure. Pas de constipation. On donne une potion au sous-nitrate de bismuth.

10 juin. — 3,070. Vomissements aussi fréquents, après chaque tétée. On prescrit du lactate de mercure 3 fois par jour 7 gouttes.

17 juin. — 3,190. Vomissements un peu moins fréquents.

26 juin. — 3,220. Ne vomit que rarement.

30 juin. — 3,290. Quelques régurgitations.

8 juillet. — 3,390. Compléter chaque tétée par un biberon renfermant 15 gr. de lait et 15 gr. d'eau.

2 septembre. — 4,670. Les vomissements n'ont pas reparu. Léger ronflement adénoïdien. Réseau veineux du crâne très dilaté. Commencer une série de frictions à l'onguent napolitain.

16 septembre. — 4,850. Compléter les tétées avec un biberon renfermant 40 gr. d'eau et une demi-cuillerée à café de lait condensé sucré.

30 septembre. — 5,080.

14 octobre. — 5,120. Une tétée : 90 grammes. Vient d'avoir de la diarrhée.

7 décembre. — 5,650. Remplacer une tétée par une bouillie. Plagiocéphalie.

14 décembre. — 5,670. Refaire une série de frictions mercurielles.

4 janvier 1921. — 6,010. Une tétée : 50 gr. Donner 2 bouillies.

1^{er} février. — 6,220.

1^{er} mars. — 6,510. 2 dents.

OBSERVATION XLV

G... Eugène, né le 1^{er} février 1920, premier examen le 10 mai à l'âge de 3 mois.

Père bien portant. La mère tousse très souvent. Troisième grossesse. Un enfant de 13 ans vivant et bien portant. Un mort à 3 ans de la çoqueluche.

Né à terme, pesant 3 kg, il est nourri exclusivement au sein, l'allaitement n'est pas réglé. Depuis sa naissance, l'enfant vomit presque à tous les repas, vomissements tantôt précoces, tantôt tardifs ; il n'a jamais présenté de diarrhée, il est constipé de façon habituelle.

10 mai. — 6,220. Bon état de nutrition. Squelette normal. Ni gros foie, ni grosse rate. Eczéma de la face. On règle l'allaitement et on prescrit 3 fois par jour XII gouttes de lactate de mercure ainsi qu'un lavement chaud quotidien.

26 juillet. — 8,100. La mère dit qu'au bout de quinze jours environ de traitement par les gouttes, les vomissements ont disparu et ne se sont plus reproduits. Eczéma suintant de la face et du cuir chevelu. On insiste pour que la mère règle l'enfant.

20 septembre. — 9,150.

11 octobre. — 9,370. Les vomissements n'ont pas reparu.

OBSERVATION XLVI

V... Gabriel, né le 7 décembre 1919, premier examen le 16 janvier, à 5 semaines.

Parents bien portants. Pas de fausse couche.

Premier enfant, né à terme, pesant 3,280. Il est nourri exclusivement au sein, 9 à 10 tétées par 24 heures. Il vomit un peu après chaque repas.

16 janvier. — 4,570. L'examen ne révèle aucune anomalie. On règle le nombre et la durée des tétées de façon à éviter la suralimentation.

23 janvier. — 4,810. Vomissements fréquents et précoces.

30 janvier. — 4,900.

6 février. — 5 kg. Vomit encore très souvent, après plusieurs repas chaque jour.

13 février. — 5,200. Amélioration.

20 février. — 5,370. Quelques vomissements rares et tardifs.

5 mars. — 5,690.

19 mars. — 5,920.

2 avril. — 6,100. Toujours quelques vomissements plus précoces.

23 avril. — 6,395.

OBSERVATION XLVII

M... Lucienne, née le 16 juin 1920, premier examen le 28 juillet, à six semaines.

Parents bien portants. Pas de fausse couche.

Premier enfant, née à terme, pesant 4 kg ; réglée à 6 tétées le jour et rien la nuit. Elle est très constipée et présente des régurgitations fréquentes.

28 juillet. — 3,750. Enfant bien constituée. Squelette normal. Ni gros foie, ni grosse rate.

15 septembre. — 4,740. Depuis 2 mois, vomissements à chaque tétée, d'abord précoces, puis tardifs, une heure ou une heure et demie après le repas. Enfant toujours constipée. Etat de nutrition assez satisfaisant. Potion anti-spasmodique à la belladone et au bromure.

22 septembre. — 4,870. Régression des vomissements.

20 octobre. — 5,520. Ne vomit plus que par intermittences.

3 novembre. — 5,650.

17 novembre. — 5,870. Vomissements tout à fait disparus.

8 décembre. — 6,220. Remplacer une tétée par une farine lactée.

29 décembre. — 6,450. Bon état ; pas de dents.

19 janvier 1921. — 7 kg.

16 février. — 7,160. 2 dents. Rhinopharyngite récente. Donner une bouillie ordinaire à la place de la farine lactée.

2 mars. — 7,260. 2 bouillies et 4 tétées.

16 mars. — 7,750. Va bien.

OBSERVATION XLVIII

P... Simone, née le 27 février 1920 ; premier examen, le 29 avril, à 2 mois.

Père bien portant. La mère est délicate, elle souffre de l'estomac depuis l'enfance, elle a eu la grippe en décembre 1919. Elle n'a jamais fait de fausse couche. C'est la troisième grossesse. Un enfant est mort de la coqueluche à 18 mois ; l'autre est bien portant.

Née quelques jours avant terme, poids : 2,750, l'enfant est nourrie au sein, une tétée toutes les 3 heures le jour et 1 à 2 fois la nuit ; elle vomit très fréquemment tantôt tout de suite après la tétée, tantôt au bout d'une heure, du lait caillé. L'enfant n'a jamais de diarrhée, les selles sont ou normales ou constipées.

29 avril. — 3,950. Enfant bien constituée. Squélette normal. La rate n'est pas perceptible. Desquamation persistante. En ce moment, période de constipation. On prescrit la potion anti-émétique et un lavement chaud quotidien.

6 mars. — 4,270. Continue à vomir. Selles muco-grumeleuses.

3 juin. — 5,070. Vomit moins.

8 juillet. — 5,930. Vient de percer 2 dents. Ne vomit presque plus.

9 septembre. — 6,820. Revient de la campagne, en bon état. Ne vomit plus.

7 octobre. — 7,180. Quelques rares vomissements.

4 novembre. — 7,400. Remplacer une tétée par une bouillie.

14 décembre. — 7,900. Les vomissements ont tout à fait disparu.

11 janvier. — 7,980. Donner 2 bouillies.

1^{er} février. — 8,050.

1^{er} mars. — 8,350.

OBSERVATION XLIX

W... Odette, née le 20 janvier 1921, premier examen le 30 mars, à 2 mois.

Père bien portant. Mère anémique, a des angines fréquentes. Pas de fausse couche, troisième grossesse, les deux premiers enfants sont vivants et bien portants.

La petite malade est née à terme, le poids de naissance est inconnu, elle est nourrie au sein, toutes les 2 h. 1/2 le jour, ne prend rien la nuit. Elle vomit presque après chaque tétée, au début ces vomissements étaient précoces, depuis 15 jours, ils deviennent tardifs, se produisant 2 heures après le repas. Selles grumeleuses, panachées de vert.

30 mars. — 5,050. Examen ne révélant aucune anomalie.

Radioscopie. A) Aussitôt après le repas bismuthé. Poche à air de volume modéré. Petit estomac ayant la forme habituelle.

B) Deux heures après le repas, celui-ci n'es qu'à moitié évacué dans l'intestin grêle.

6 avril. — 5,210. Persistance des vomissements, toujours tardifs.

OBSERVATION L

L... Simone, née le 18 juillet 1920, premier examen le 20 septembre à l'âge de 2 mois.

Père paludéen. Mère en bonne santé. Pas de fausse couche.

Premier enfant, née à terme, n'a pas été pesée. Elle est nourrie au sein et bien réglée, huit tétées. La petite malade a des vomissements très fréquents, le lait est quelquefois liquide, le plus souvent il est caillé ; elle est toujours constipée.

20 septembre. — 3,420. Hypothrepsie du 1^{er} degré. Enfant bien constitué. La mère paraît avoir une sécrétion lactée insuffisante ; après avoir mis l'enfant 5 minutes à chaque sein, donner un biberon renfermant 30 gr. de lait et 15 gr. d'eau.

L'enfant n'est jamais revenue à la consultation, elle a été visitée par une infirmière du service social le 20 octobre et le 13 décembre, les vomissements persistaient.

OBSERVATION LI

S...-A... Simone, née le 25 novembre 1920, premier examen le 2 février, à l'âge de 2 mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche. Un autre enfant né à terme bien portant.

L'enfant est né à terme après une grossesse normale avec un poids de 3,820. Elle a été nourrie au sein exclusivement un

mois, puis mise à l'allaitement mixte. Depuis l'âge de 5 semaines, l'enfant vomit presque à chaque tétée, sauf à celle du matin, longtemps après le repas, immédiatement avant la tétée suivante. Les selles sont normales. Amaigrissement depuis 6 semaines. L'allaitement, en ce moment, est ainsi réglé : une seule tétée au sein et des biberons de 60 gr. de lait et 60 gr. d'eau.

2 février. — 3,990. Hypothrepsie du 1^{er} degré. Persistance de la fontanelle postérieure et léger chapelet costal. Rate et foie normaux. On conseille à la mère de donner le sein plus souvent, avant chaque biberon, si elle peut, et de donner ensuite un biberon renfermant 70 gr. de lait et 35 gr. d'eau bouillie sucrée.

9 février. — 4,110. Persistance des vomissements peu abondants.

10 février. — Examen radioscopique. L'enfant a vomi entre le repas bismuthé et le 1^{er} examen. Au bout d'une heure et demie, résidu gastrique important. Au bout de 3 heures, résidu gastrique minime, la plus grande partie du repas est dans les anses grêles. Grosse aérocolie.

16 février. — 4,110. Légère diarrhée depuis 2 jours. Persistance des vomissements. Pas de tumeur pylorique. On prend toutes les précautions utiles pour qu'il n'y ait pas d'aérophagie et on ordonne la potion à la belladone et au bromure ainsi qu'un lavement chaud quotidien.

23 février. — 4,190. Diminution des vomissements, 3 ou 4 par jour, tardifs. Développement des veines du crâne légèrement exagéré. Mettre dans les biberons 80, puis 90 gr. de lait et 30 gr. d'eau.

2 mars. — 4,290. Amélioration des vomissements. Supprimer le lait Lepelletier et continuer le même régime.

9 mars. — 4,700. 2 ou 3 vomissements par jour, très peu abondants, précoces, survenant 10 minutes après le repas.

10 mars. — Examen radioscopique : A) Deux heures après le repas bismuthé. Résidu gastrique minime, grosse aéroco-

lie. B) Nouveau repas suivi d'un examen immédiat, grosse aéro-
phagie.

16 mars. — 4,750. Supprimer la potion antispasmodique.

23 mars. — 5,050. Vomissements très rares, ne survenant
que quand l'enfant s'agite.

6 avril. — 5,580. Ne vomit presque plus.

OBSERVATION LII

D... André, né le 27 novembre 1920 ; premier examen, le 2
février à 2 mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche. Un autre en-
fant en bonne santé.

Celui-ci est né à terme, pesant 4 kg., il est nourri au sein par
la mère, une tétée toutes les 2 h. $1/2$, l'enfant vomit presque
à toutes les tétées, vomissements tantôt précoces, tantôt tar-
difs. Les selles ne sont jamais normales, tantôt le nourrisson
est très constipé, tantôt il présente de la diarrhée, chaque re-
pas provoquant une selle à peu près liquide.

2 février. — 5,260. Bon état de nutrition. Anémie légère. Ré-
gime : 8 tétées en 24 heures, de 4 minutes à chaque sein. On
prescrit la potion antiémétique ainsi qu'un lavement chaud
quotidien.

16 février. — 5,480. Les vomissements persistent à chaque
tétée. Les selles sont devenues normales.

24 février. — Examen radioscopique. A) Une heure et quart
après le repas bismuthé. La totalité de ce repas est évacuée
dans les anses grêles, estomac tout à fait vide. B) Nouveau re-
pas avec examen immédiat. Petit estomac hypertonique. Pe-
tite poche à air. Un peu d'aérocolie.

2 mars. — 5,650. Vomissements un peu moins fréquents.

16 mars. — 5,750. Vomit moins.

30 mars. — 6,100. Ne vomit plus.

OBSERVATION LIII

B... Germaine, née le 2 août 1920, premier examen le 1^{er} décembre à 4 mois.

Le père a été soigné pour rachitisme dans l'enfance, il a fait plusieurs séjours à Berck, il jouit actuellement d'une bonne santé. Mère bien portante. Première grossesse normale.

L'enfant est née à terme, pesant 3,050. Elle a été nourrie uniquement au sein 3 mois, puis mise à l'allaitement mixte, elle prend actuellement une tétée toutes les 2 heures $\frac{1}{2}$ et 2 fois la nuit, les tétées sont complétées par un biberon de 60 gr. de lait et 20 gr. d'eau. Depuis la naissance l'enfant vomit fréquemment, certains jours après chaque tétée, au bout d'un quart d'heure à 1 heure ; le plus souvent le lait est caillé. A la fin du premier mois, la petite malade a eu une période de diarrhée, depuis 5 ou 6 semaines, elle est au contraire constipée.

1^{er} décembre. — 2,950. Etat d'hypothrepsie du 1^{er} degré avancée, micropolyadénie discrète. Squelette normal. Pas de mégalosplénie. Hernies ombilicale et inguinale gauche. L'enfant est mise au traitement par les gouttes de lactate de mercure.

2 décembre. — Examen radioscopique. Grosse aérophagie. Pas de résidu appréciable d'un repas pris 1 h. 20 auparavant, l'enfant a vomi entre ce repas et l'examen.

8 décembre. — Mettre dans chaque biberon 80 gr. de lait et 20 gr. eau.

15 décembre. — 3,070. Pas d'amélioration. Anémie.

22 décembre. — 3,250. Persistance des vomissements, une heure après les tétées. Hypothrepsie du 1^{er} degré. On prescrit la potion au bromure et à la belladone.

29 décembre. — 3,540. Disparition presque complète des vomissements.

12 janvier 1921. — 3,560. La ration est portée à 90 gr. de lait et 20 gr. d'eau. Les vomissements ont tout à fait disparu. Rate normale. Foie plutôt petit. Léger chapelet costal.

19 janvier. — 3,750. Va bien.
26 janvier. — 4,010.
9 février. — 4,120. Donner 120 gr. de lait pur par biberon.
3 mars. — 4,510. Va bien. Les vomissements n'ont pas reparu.

OBSERVATION LIV

L... Roger, né le 20 mars 1920, premier examen le 13 octobre, à 7 mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche.

Premier enfant, né à terme avec un poids de 3,500, il a été nourri exclusivement au sein jusqu'à 6 mois $\frac{1}{2}$, depuis cette époque, en plus du sein, il prend une bouillie. Le petit malade a eu des vomissements habituels depuis sa naissance, presque à toutes les tétées ; vers 6 mois, ces vomissements avaient à peu près disparu, ils ont repris quand la mère a voulu donner une bouillie.

13 octobre. — 6,700. Etat de nutrition satisfaisant. Très légère plagiocéphalie et incurvation des diaphyses tibiales dépassant un peu la normale. Régime : 5 à 6 tétées et une farine lactée.

16 octobre. — Poids d'une tétée de 10 minutes : 95 grammes. Réaction de B.-W. négative.

30 octobre. — 6,850. Les vomissements ont disparu.

8 décembre. — 7,140. Prend 2 bouillies par jour et les digère bien. Bon état général.

OBSERVATION LV

C... René, né le 15 janvier 1921, premier examen le 10 mars, à 2 mois.

Parents bien portants. Pas de fausse couche. Quatre autres enfants bien portants.

Celui-ci est né à terme, pesant 3,900, il est élevé au biberon, et présente des vomissements répétés depuis les premiers jours de la vie.

16 mars. — 4,620. Hypothrepsie du premier degré. Squelette normal, fontanelle antérieure très petite. Ni gros foie, ni grosse rate. Vomissements abondants presque à toutes les tétés composées de caillots de lait et de mucus. On règle le régime : 7 biberons de 70 gr. de lait et 30 gr. d'eau et on prescrit la potion antispasmodique au bromure et à la belladone.

23 mars. — 4,800. Disparition complète des vomissements. On porte la ration à 80 gr. de lait et 30 gr. d'eau par biberon.

OBSERVATION LVI

L... Robert, né le 4 septembre 1920, premier examen le 27 octobre, à 7 semaines.

Le père a eu, à 19 ans, une ostéo-arthrite de la hanche bien guérie ; depuis il s'est toujours bien porté. La mère jouit d'une bonne santé, elle a fait deux fausses couches de trois mois et deux mois environ.

Premier enfant, né à terme, pesant 3,500, il est nourri exclusivement au sein, toutes les 2 h. $\frac{1}{2}$ le jour et une fois la nuit. Les quinze premiers jours, les selles étaient normales ; depuis, l'enfant est constipé, une seule selle chaque jour, provoquée par un suppositoire. Depuis la naissance, presque tous les repas sont suivis d'un ou plusieurs vomissements, soit précoces, soit le plus souvent tardifs.

27 octobre. — 3,750. Hypothrepsie du 1^{er} degré. Suture interpariétale large, à bords ramollis. Légère hyperostose de la suture pariéto-occipitale. Mégalosplénie légère.

3 novembre. — 3,700. Les vomissements se produisent 1 h.

après les tétées et sont précédés de cris et d'agitation de l'enfant qui paraît souffrir. Examen radioscopique : au bout de 2 h. $\frac{1}{2}$, le repas bismuthé est encore en grande partie dans l'estomac, donc retard de l'évacuation. Grosse poche à air. On ordonne la potion antispasmodique, ainsi qu'un lavement chaud quotidien.

10 novembre. — 3,800. Légère amélioration. Selles spontanées, normales. La rate n'est plus perceptible.

16 février. — 6,100. Encore quelques vomissements, mais rares et précoces, constipation moins marquée. La rate n'est pas accessible à la palpation.

19 mars. — Ne vomit plus.

OBSERVATION LVII

N..., Alain, 1 mois.

4^e enfant, 2 sont bien portants, 1 est mort à 10 mois de la rougeole. Pas de fausse couche. La mère est bien portante, mais très nerveuse. Le père a une affection cardiaque.

L'enfant est né à terme, après une grossesse et un accouchement normaux, il pesait 3,500, il est nourri au sein par sa mère et bien réglé. Il a commencé à avoir des vomissements répétés vers l'âge de 10 jours environ ; il a toujours été très constipé, une selle par jour d'apparence méconiale, dans une seule, la mère a vu des grumeaux de lait.

26 décembre. — 2,970. Hypothrepsie du 2^e degré commençante. Squelette normal. Régime des petits repas rapprochés, une tétée toutes les 2 heures le jour, une à deux la nuit de façon à ce que l'enfant fasse 10 repas dans les 24 heures. On donne 5 cuillerées à café de la potion à la teinture de belladone et au bromure et on prescrit un lavement chaud quotidien.

30 décembre. — 2,900. Les vomissements persistent, aussi abondants et aussi fréquents ; constipation aussi marquée.

2 janvier. — 2,780. Même état. La rate est augmentée de volume, le testicule droit est gros et dur. On relève quelques signes de déshydratation, la fontanelle est un peu déprimée, persistance du pli cutané. On fait une injection de sérum caféiné et on commence des gouttes de lactate de mercure, 4, 3 fois par jour.

4 janvier. — Epreuve du carmin, traversée digestive en 12 heures à peine.

8 janvier. — 2,670. Vomissements moins fréquents, la veille a eu 6 selles liquides. On suspend le traitement mercuriel et on donne la potion à l'eau de chaux.

9 janvier. — 2 selles muco-grumeleuses. Quelques râles de bronchite.

15 janvier. — 2,720. L'enfant vomit moins, il boit mal, il ne veut pas prendre le sein et on est obligé de lui donner à la cuiller. Quelques râles ronflants et sibilants.

20 janvier. — 2,610. Les vomissements ont repris, en même temps, l'enfant a de la diarrhée depuis 36 heures. 4 selles par jour demi-liquides. L'enfant prend le facies athrepsique. La sécrétion lactée de la mère diminue, les tétées ne dépassent pas 40 à 50 gr. ; compléter chaque repas avec une 1/2 cuillerée à café de lait condensé sucré dans 30 gr. d'eau.

26 janvier. — 2,700. Etat général un peu meilleur, l'enfant boit mieux, il vomit peu. Les selles sont redevenues normales.

3 février. — 2,750. Etat stationnaire.

7 février. — 2,730. Vomit davantage, à presque tous les repas ; clapotage stomacal. Reprendre la potion antispasmodique.

13 février. — 2,630. Aucune amélioration. Athrepsie confirmée. Reprendre des frictions à l'onguent napolitain.

23 février. — 2,690. Plutôt un peu mieux. Ne vomit que très peu. Selles normales.

21 mars. — 2,530. L'enfant vient d'avoir une broncho-pneu-

monie à foyers disséminés. Depuis 1 semaine la température est redevenue normale. L'enfant boit assez bien. Recommencer une série de frictions à l'onguent napolitain.

17 avril. — 3,300. Alternatives de diarrhée et de constipation, vomit très rarement. Veines du crâne très dilatées. Petites végétations adénoïdes. Reprendre des gouttes de lactate de mercure.

24 avril. — 3,550.

1^{er} mai. — 3,850.

8 mai. — 3,950. Les vomissements n'ont pas reparu. Ronflement adénoïdien très marqué. On ne sent plus la rate.

15 mai. — 4 kg.

22 mai. — 4,210.

12 juin. — 5 kg.

3 juillet. — 6,140. Va bien. Est en train de prendre du lactate de mercure.

14 août. — 7,100.

18 septembre. — 9,100. Va bien, n'a pas encore de dents.

16 octobre. — 10 kg.

6 novembre. — Pèse 10,050 à 11 mois $\frac{1}{2}$, est en train de percer 2 dents. Se tient assis, mais ne se tient pas encore debout. Vient de terminer une cure de gouttes de lactate d'hydrargyre.

Conclusions

1° Parmi les troubles digestifs des enfants du premier âge, il convient d'individualiser une affection isolée et décrite par M. Marfan, sous le nom de maladie des vomissements habituels ; elle présente comme symptôme fondamental, le vomissement fréquent, répété, se produisant, une ou plusieurs fois après chaque repas, pendant au moins plusieurs semaines et souvent plusieurs mois. D'autres symptômes accompagnent le vomissement, mais ils sont variables, inconstants, et n'impriment pas à la maladie un caractère particulier.

2° Le diagnostic de la maladie des vomissements habituels se pose surtout avec la sténose hypertrophique du pylore. Ce diagnostic important est parfois très difficile à faire ; en effet, le tableau clinique caractéristique de la sténose pylorique est inconstant, toujours tardif ; et avant cette période avancée de la maladie, aucun des signes n'a une valeur absolue. On tiendra surtout compte de l'évolution de la maladie, de l'influence du traitement médical et des renseignements fournis par la radioscopie, bien que

ces derniers ne soient pas décisifs et doivent être discutés et interprétés.

3° La maladie des vomissements habituels est tout à fait indépendante d'un rétrécissement congénital du pylore et ne peut être rattachée à des lésions constantes de l'estomac ; elle ne relève pas d'une intolérance anaphylactique pour le lait ; l'aérophagie, les fautes alimentaires n'agissent que comme des causes déterminantes, secondaires. Le facteur primitif, essentiel, réside dans la constitution même du sujet, c'est l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique qui provoque, comme réaction, le spasme émétisant. Cette affection apparaît comme une sorte de gastro-névrose émétisante dont l'origine ne saurait être précisée sans des recherches ultérieures.

4° M. Marfan a signalé depuis plusieurs années que la maladie des vomissements habituels semblait se rencontrer plus souvent chez les nourrissons atteints de syphilis héréditaire certaine ou très probable. Nous apportons ici une contribution à l'étude des rapports de ces deux affections. Nous avons examiné à ce point de vue 57 observations, et, nous guidant d'après l'enseignement de M. Marfan, nous les avons classées en quatre groupes ; nous avons indiqué sur quels signes reposait le diagnostic de syphilis et sur quelles données était fondée notre classification.

Le premier groupe comprend 20 cas où la syphilis était certaine ; dans le deuxième groupe, nous ran-

geons les nourrissons chez lesquels la syphilis était très probable, ils sont au nombre de 13 ; dans un troisième groupe, la syphilis a été considérée comme probable, il en est ainsi dans 7 cas ; enfin dans le quatrième groupe, nous trouvons 17 enfants complètement indemnes de syphilis. La syphilis était donc certaine ou très probable dans 57,8 % des cas et probable dans 12,28 %.

Si l'on considère la fréquence de la syphilis dans la clientèle des consultations ou des crèches hospitalières, on trouve des chiffres variables suivant les auteurs, mais qui ne dépassent pas, en tout cas, 30 %. On est donc autorisé à conclure que la syphilis héréditaire s'observe plus souvent chez les enfants atteints de la maladie des vomissements habituels que chez les autres nourrissons.

Enfin le traitement mercuriel, soit par la voie cutanée, soit par la voie digestive, nous a donné, dans 63 % des cas, une amélioration rapide et durable.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président

MARFAN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

Bibliographie

- ALARY. — La sténose du pylore par hypertrophie musculaire chez les nourrissons (Thèse de Paris, 1921).
- P. BAR. — De l'intolérance d'un nourrisson pour le lait de femme et remarques sur l'intolérance que manifestent quelques enfants pour certains laits. (*Bulletin de la Société d'obstétrique*, Paris, 23 avril 1913).
- BARRET. — La radioscopie de la sténose du pylore chez le nourrisson. (Note communiquée par M. Veau, Société de chirurgie, 23 novembre 1921).
- COMBY. — Traitement médical de la sténose pylorique infantile. (*Archives de médecine des enfants*, avril 1921).
- DUFOURT. — Traitement de certains troubles digestifs et nerveux du nourrisson par les injections sous-cutanées de lait. (*L'Hôpital*, novembre 1919).
- FRANÇOIS. — Etude clinique et thérapeutique des vomissements du nourrisson. (Thèse de Paris, 1908).
- FRÉDET. — Sténose du pylore par hypertrophie musculaire chez les nourrissons (Société de Chirurgie, 6 avril 1921).
- GRULEE et DEAN LEWIS. — Diagnostic et traitement de la sténose congénitale du pylore. (*Archives de médecine des enfants*, février et mars 1917).

- GUINON. — Sur une cause de vomissements du nouveau-né. Vomissements par aérophagie (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1904).
- HENNON. — Des gastro-entérites du nourrisson. La maladie spasmodique intestinale. La dysenterie (Thèse de Paris, 1906).
- HUTINEL. — Hypertrophie et spasme du pylore, aérophagie et vomissements incoercibles du nourrisson (*Journal des praticiens*, 16 octobre 1909).
- LANDESMAN. — Du cardiospasme (Thèse de Paris, 1917).
- LAUBRY. — De la pathogénie de la sténose pylorique du nourrisson (Société médicale des hôpitaux, 17 janvier 1912).
- LEFÈVRE. — Contribution à l'étude de la sténose hypertrophique du pylore chez les nourrissons (Thèse de Paris, 1914).
- LESAGE. — Les gastro-entérites chez le nourrisson (Œuvre médico-chirurgicale, juin 1906).
- LESAGE. — Maladies du nourrisson, 1911.
- LESAGE. — Le spasme intestinal chez le nourrisson. (*Archives générales de médecine*, 22 mai 1906).
- LESAGE, LEVEN et BARRET. — Les vomissements du nourrisson aérophage (Société de biologie, 21 novembre 1908).
- MARFAN et BAUDOUIN. — Sur un cas de rétrécissement congénital du pylore avec considération sur l'intoxication d'origine gastrique (*Le Nourrisson*, janvier 1913).
- MARFAN. — L'intolérance de certains nourrissons pour le lait de vache (*Le Nourrisson*, novembre 1918).
- MARFAN. — Les vomissements chez le nourrisson (*Le Nourrisson*, janvier 1919).
- MARFAN. — La maladie des vomissements habituels (*Le Nourrisson*, mars 1919).

- MARFAN. — Le rétrécissement congénital du pylore. (*Le Nourrisson*, mai 1919).
- MARFAN. — Traitement de la maladie des vomissements habituels et du rétrécissement du pylore (*Le Nourrisson*, juillet 1919).
- MARFAN. — Traité de l'allaitement (3^e édition, 1920).
- MÉRY. — Spasmes du pylore et de l'estomac chez les nourrissons. (*Journal de médecine et de chirurgie*, 10 février 1914).
- MORET. — Quelques considérations à propos de deux cas inédits de sténose congénitale hypertrophique du pylore chez le nouveau-né. (Thèse de Paris, 1920).
- NOBÉCOURT. — Traitement des vomissements chez les enfants. (*Clinique infantile*, juin 1909).
- NOBÉCOURT. — Précis de médecine infantile.
- PÉHU. — Six observations inédites de sténose pylorique chez des nourrissons. (Société médicale des hôpitaux, 3 mars 1921).
- PÉHU et PINEL. — Maladie pylorique du nourrisson (*Le Nourrisson*, septembre et novembre 1921).
- PIERRA. — La surcharge alimentaire cause d'intolérance gastro-intestinale chez le nourrisson (Thèse de Paris, 1901).
- PIERRET. — A propos d'un cas d'intolérance du nourrisson pour le lait condensé guéri par la méthode antianaphylactique (*Le Nourrisson*, juillet 1920).
- SCHWARTZ. — Contribution à l'étude statistique des maladies de la première enfance. (Thèse de Paris, 1921).
- SILVESTRE. — Séméiologie et traitement des vomissements du nourrisson. (Thèse de Paris, 1913).
- VERDURE. — Le vomissement chez le nourrisson. (Thèse de Paris, 1913).

VOISIN. — La sténose hypertrophique chez le nourrisson.
(Thèse de Paris, 1920).

WEIL. — Traitement de l'intolérance du nourrisson pour le lait par l'injection sous-cutanée de lait. (*Presse Médicale*, 18 octobre 1919).

WEIL et PÉHU. — Les sténoses hypertrophiques chez le nouveau-né et le nourrisson. (*Gazette des hôpitaux*, 1901, n^{os} 112-115).

WEIL-HALLÉ. — Anaphylaxie lactée. (*Le Nourrisson*, mars 1914).
